

Política de Assistência Financeira

Sistema Hallmark de Saúde

Índice

I. Objetivo	2
II. Definições.....	2
III. Disposições Gerais	2
a. Entidades Participantes	2
b. Os Pacientes Hallmark Saúde Não Segurados e com Seguro Insuficiente são definidos como:	2
c. Responsabilidades do Paciente:.....	3
d. Assistência Financeira e Aconselhamento Hallmark Saúde:	3
IV. Programa de Descontos ao Paciente Hallmark Saúde.....	3
a. Hallmark Saúde oferece os seguintes programas de desconto:.....	3
b. Processo de Aplicação e Triagem:	4
c. Aprovação para Cobertura:.....	4
d. Limitações da Renda do Paciente:	4
e. Serviços Elegíveis:.....	4
f. Exclusões:.....	4
g. Desconto para Pacientes de Baixa Renda Hallmark Saúde:.....	4
h. Desconto de Dificuldades Médicas Hallmark Saúde:.....	5
i. Política de Desconto Hallmark Saúde para Pacientes Não Segurados e com Seguro Insuficiente:	5
j. Base para Cálculo das Quantias Cobradas dos Pacientes:	5
V. Plano de Pagamento	5
VI. Falha no Pagamento.....	6
VII. Publicação e Divulgação da FAP	6
a. Informação sobre os Conselheiros Financeiros da Hallmark Saúde, que oferecem assessoria e assistência financeira, e informações sobre a Política de Assistência Financeira podem ser acessada em https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html	6
b. Postagem de Internet.....	6
c. O Hospital publica amplamente a disponibilidade de assistência financeira coberta pela política das seguintes maneiras:.....	6
VIII. Outras Provisões:.....	7
a. Não Pagamento do Medicare:	7
b. Avaliação Caso-a-Caso:	7
IX. Aprovação do Conselho.....	7

Política de Assistência Financeira Hallmark Saúde

I. Objetivo

A Hallmark Saúde, comumente referida como "Hospital" ao longo desta política, está empenhada em fornecer serviços de saúde de qualidade para a comunidade. O Hospital fornece serviços médicos necessários a todos os pacientes, independentemente da capacidade de pagamento. O Hospital não deve discriminar com base na raça, cor, origem nacional, cidadania, alienação, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade, deficiência, abuso de substâncias, status socioeconômico, falta de seguro ou aparência física na prestação de seus serviços. A fim de fornecer serviços de alta qualidade e apoiar as necessidades de sua comunidade, a Hallmark Saúde deve manter uma base financeira viável que inclua a cobrança atempada de suas contas a receber.

A Hallmark Saúde reconhece que alguns pacientes têm meios limitados e podem não ter acesso a cobertura de seguro para todos os serviços. Esta política foi desenvolvida para informar os pacientes não segurados e sem seguro, com recursos financeiros limitados, dos vários programas de assistência financeira do Hospital, que podem estar disponíveis para tais.

Os pacientes que têm os meios devem pagar pelos serviços prestados pela Hallmark Saúde. Esta política pressupõe que os pacientes que tenham acesso a um seguro acessível se candidatem e mantenham sua cobertura. Os programas de assistência financeira da Hallmark Saúde destinam-se principalmente aos pacientes que não têm seguro de saúde de uma fonte pública (por exemplo, Medicare ou Medicaid) ou privada (por exemplo, Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim, etc.) e têm uma base financeira que não atenda suas necessidades. Se os critérios aplicáveis forem satisfeitos, os descontos da Hallmark Saúde podem estar disponíveis para pacientes com necessidades financeiras demonstradas, quer devido a renda limitada ou se suas contas médicas compõe uma parcela excessiva de seus rendimentos.

II. Definições

Serviços Emergenciais: Serviços medicamente necessários fornecidos após o início de uma condição médica, física ou mental, manifestando-se por sintomas de gravidade suficiente, incluindo dor severa, da qual a ausência de atenção médica imediata possa razoavelmente ser esperada por um leigo prudente que possui um conhecimento médio de Saúde e Medicina para resultar na colocação da saúde da pessoa ou de outra pessoa em séria ameaça, comprometimento grave da função do corpo ou disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo ou, em relação a uma mulher grávida, conforme definido no 42 USC § 1395dd (e) (1) (B). Um exame de triagem médica e qualquer tratamento estabilizador para uma condição médica de emergência, incluindo, entre outros, cuidados médicos para pacientes internados ou qualquer outro serviço prestado na medida exigida pela Lei de Tratamento Médico de Emergência e Trabalho (EMTALA) (42 USC § 1395 (dd)), qualifica-se como Serviços de Emergência.

Serviços Urgentes: Serviços medicamente necessários fornecidos após o início repentino de uma condição médica, física ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) que um leigo prudente acreditaria que a ausência de atendimento médico dentro de 24 horas poderia razoavelmente colocando a saúde do paciente em perigo, comprometimento da função corporal ou disfunção de qualquer órgão ou parte corporal. Serviços urgentes são fornecidos para condições que não são fatais e não representam um alto risco de danos graves à saúde de um indivíduo.

Serviços Medicamente Necessários Não-Emergenciais, Não-Urgentes: Serviços que não atendem à definição de serviços urgentes ou emergenciais, mas que são medicamente necessários. O paciente tipicamente, mas não exclusivamente, agenda esses serviços antecipadamente.

Serviços Não-Medicamente Necessários: Um procedimento, teste ou serviço que não afete a qualidade de saúde ou que não exijam atendimento urgente ou emergencial a ser prestado.

III. Disposições Gerais

a. Entidades Participantes

Esta política aplica-se aos serviços entregues e cobrados pelo Hospital nos locais estabelecidos no Apêndice A - Locais de Saúde Hallmark, Entidades Participantes. Esta política não se aplica aos serviços entregues e faturados pelas entidades listadas no Apêndice B - Lista de Afiliados do Provedor de Saúde da Hallmark, Entidades não participantes, mesmo no caso de tais serviços serem prestados nos locais do hospital estabelecidos no Apêndice A.

b. Os Pacientes Hallmark Saúde Não Segurados e com Seguro Insuficiente são definidos como:

1. Pacientes sem seguro de saúde ("não segurados");
2. Pacientes cujo único "seguro" é a Rede de Segurança da Saúde de Massachusetts;

Política de Assistência Financeira Hallmark Saúde

3. Pacientes que tenham saldos resultantes de benefícios "exaustos" ao abrigo do plano de seguro; ou
 4. Pacientes cujo saldo resulta de serviços "não cobertos" onde o seguro determinou que o paciente é totalmente responsável pelas taxas associadas aos serviços excluídos. Isso inclui serviços em que a seguradora negou cobertura devido à limitação de rede da seguradora.
- c. Responsabilidades do Paciente:
- i. O paciente tem uma série de responsabilidades a serem reunidas para se qualificar para assistência do Hospital sob esta política, incluindo:
 1. Obrigação de obter e manter a cobertura do seguro, se a cobertura acessível estiver disponível para ele;
 2. Obrigação de candidatar-se a qualquer programa de seguro patrocinado pelo governo pelo qual ele possa se qualificar;
 3. Obrigação de enviar, em tempo hábil, toda a documentação solicitada de renda, patrimônio, identidade e residência que seja requerida para se inscrever na cobertura do Estado e/ou para completar a Solicitação de Assistência Financeira da Hallmark Saúde;
 4. Obrigação de manter o Hospital informado sobre informações demográficas e de seguros atuais; e
 5. Obrigação de pagar todos os saldos de acordo com os prazos acordados.
- d. Assistência Financeira e Aconselhamento Hallmark Saúde:
- i. Os Coordenadores de Seguros revisam proativamente os pacientes identificáveis sem seguro agendados para o serviço e coordenam com os pacientes e com os Conselheiros Financeiros da Hallmark Saúde para agendar compromissos e discutir opções de assistência financeira.
 - ii. Os pacientes também são encaminhados para Conselheiros Financeiros dos departamentos Hallmark Saúde.
 - iii. Assessores Financeiros selecionam pacientes para elegibilidade para cobertura de seguro pública e/ou privada.
 1. Hallmark Saúde examina pacientes para programas estaduais e federais elegíveis. Para ser elegível para descontos nos termos desta política, os pacientes podem ser obrigados a solicitar uma variedade de programas estaduais e federais, incluindo, entre outros, MassHealth e/ou Medicare.
 2. Se o paciente atender às diretrizes de elegibilidade pública, os Conselheiros Financeiros informarão sobre o processo de inscrição e ajudarão o paciente com o pedido quando possível.
 3. Se o paciente não cumprir as diretrizes públicas de elegibilidade (ou seja, com base em seu Nível Federal de Pobreza ("FPL"), status de imigração, etc.), e for negado para qualquer programa público disponível ou se o programa público não abranger totalmente os custos do paciente, os Conselheiros Financeiros informarão as opções de cobertura privada e exibirão o paciente para elegibilidade no Programa de Desconto de Assistência Financeira da Hallmark Saúde (Seção IV abaixo).

IV. Programa de Descontos ao Paciente Hallmark Saúde

- a. A Hallmark Saúde oferece os seguintes programas de desconto:
 - i. Desconto para pacientes de baixa renda, conforme qualificado pelos limiares Hallmark Saúde FPL (seção IV (g)).
 - ii. Desconto de dificuldades médicas, conforme especificado pelos limiares da Hallmark Saúde (seção IV (h)).
 - iii. Desconto sem seguro e sem subsídio (Seção IV (i)).

Os descontos ao abrigo destes programas podem ser concedidos a todos os saldos sob responsabilidade do paciente que atendam os limiares determinados da Hallmark Saúde no Apêndice C - Valores de desconto da assistência financeira da saúde Hallmark, excluindo co-pagamentos de pacientes, franquias e co-seguro. Se os pacientes se qualificarem para múltiplos programas de desconto, o programa com maior desconto será dado.

Os descontos não serão baseados em nenhum relacionamento que o paciente ou sua família possam ter com qualquer funcionário do Hospital ou membro do órgão de governo. Os descontos não serão prorrogados com base em qualquer consideração de "cortesia profissional" para um clínico ou sua família. Os descontos não serão oferecidos aos pacientes para induzir o paciente a receber serviços ou estar vinculado, de qualquer maneira, à geração de negócios a pagar por um programa de saúde federal, nem serão reembolsáveis por dinheiro por itens ou serviços prestados pelo Hospital ou qualquer outra entidade Hallmark Saúde (isto inclui descontos para a loja de presentes, cafeteria, etc.).

Política de Assistência Financeira Hallmark Saúde

b. Processo de Aplicação e Triagem:

- i. Os pacientes devem enviar uma Solicitação de Assistência Financeira da Hallmark Saúde (Apêndice D) preenchida juntamente com a documentação de suporte necessária para serem considerados para assistência. A documentação necessária pode incluir, mas não se limita, prova de: (1) renda familiar anual (cópias de folha de pagamento, registro de pagamentos de segurança social e uma carta do empregador, declarações fiscais ou extratos bancários), (2) cidadania e identidade (3) status de imigração para não-cidadãos (se aplicável), (4) ativos das pessoas com 65 anos ou mais, e (5) informações de seguro, incluindo cobertura de benefícios e limitações de rede. Toda a documentação de apoio deve ser enviada no prazo de 30 dias após a apresentação inicial do pedido para que o mesmo seja considerado pelo Hospital.
- ii. Pedidos confidenciais podem ser submetidos ao Hospital para menores de idade e pessoas que sofreram abusos. Esses indivíduos devem entrar em contato com os Conselheiros Financeiros.
- iii. A Hallmark Saúde não leva em consideração as determinações anteriores da elegibilidade para a assistência financeira da Hallmark Saúde ao fazer sua determinação na Solicitação de Assistência Financeira de um paciente.
- iv. A Hallmark Saúde reserva-se o direito de re-verificar a elegibilidade para descontos a cada seis meses.

c. Aprovação para Cobertura:

- i. O Hospital notificará os pacientes por escrito das determinações de elegibilidade do programa da Hallmark Saúde. Referência Apêndice E Notificação de Determinação de Elegibilidade do Programa Hallmark Saúde.
- ii. O Hospital reserva-se o direito de negar os pedidos se toda a documentação de apoio não for recebida antecipadamente.
- iii. Os apelos das determinações de elegibilidade do programa podem ser reconsiderados se um candidato fornecer informações novas ao Hospital.

d. Limitações da Renda do Paciente:

- i. Para os residentes dos Estados Unidos, as FPLs publicadas mais recentemente para a renda total da família serão usadas como determinante primário para os descontos descritos na Seção IV (g) e na Seção IV (h).
- ii. Os residentes não norte-americanos e os residentes dos EUA que atendem aos requisitos da Seção III (c) desta política, mas que não atendem aos critérios de qualificação da FPL, podem ter direito ao desconto sem seguro e com seguro de subscrição conforme descrito na Seção IV (i) abaixo.
- iii. Todos os pacientes que satisfaçam os requisitos da Seção III (c) desta política podem se qualificar para um Desconto de Dificuldades Médicas Hallmark Saúde, conforme descrito na Seção IV (h) abaixo.

e. Serviços Elegíveis:

- i. Esta política geralmente é limitada aos serviços medicamente necessários fornecidos e faturados pela Hallmark Saúde, incluindo:
 1. Serviços de Emergência;
 2. Serviços Urgentes; e
 3. Serviços não emergenciais e não urgentes.

f. Exclusões:

- i. A Hallmark Saúde não fornece assistência financeira para Serviços Não Medicamente Necessários, uma vez que esses serviços são determinados pelo clínico do tratamento. Exemplos de serviços que não são elegíveis para assistência financeira do Hospital incluem, entre outros: serviços não médicos (por exemplo, social, educacional ou profissional, cirurgia plástica, pesquisa ou outro). A determinação de quais serviços são considerados elegíveis para fins desta política reside unicamente no Hospital.
- ii. A Hallmark Saúde geralmente não oferece descontos aos pacientes para serviços não urgentes e não emergenciais, onde a necessidade de cuidados foi antecipada pelo paciente e este chegou à Hallmark Saúde de fora de sua área de atendimento para receber cuidados, quando os serviços são oferecidos dentro da área de serviço do paciente.
- iii. Co-pagamentos de pacientes, franquias e co-seguro estão excluídos da cobertura sob esta política.

g. Desconto para Pacientes de Baixa Renda Hallmark Saúde:

- i. Para os residentes dos Estados Unidos, os FPLs mais recentemente divulgados para o rendimento total da família serão utilizados como determinante primário. Os descontos baseados exclusivamente na renda geralmente são limitados a pacientes com níveis de renda familiar inferiores a 301% da FPL.

Política de Assistência Financeira Hallmark Saúde

- ii. Os pacientes que atendam a esse limite receberão um desconto igual ou superior à Taxa de Quantia Geral (AGB) conforme descrito na Seção IV (j) abaixo.
 - iii. A determinação desse desconto é da responsabilidade da Hallmark Saúde.
 - iv. Referência Apêndice C e Apêndice D para detalhes adicionais.
- h. Desconto de Dificuldades Médicas Hallmark Saúde:
- i. Os pacientes que não cumprem os requisitos de limiar de FPL necessários para se qualificar para o desconto do Pacientes de Baixa Renda Hallmark Saúde ainda podem se qualificar para um desconto se puderem demonstrar que suas despesas médicas excedem 20% da renda familiar. As despesas devem ter ocorrido dentro dos 12 meses anteriores e estão limitadas às despesas que podem ser qualificadas como despesas médicas nos termos dos regulamentos do Internal Revenue Service (Receita Federal).
 - ii. A determinação desse desconto é da responsabilidade da Hallmark Saúde.
 - iii. Referência Apêndice C e Apêndice D para detalhes adicionais.
- i. Política de Desconto Hallmark Saúde para Pacientes Não Segurados e com Seguro Insuficiente:
- i. A Hallmark Saúde oferecerá um desconto para os pacientes de todos os níveis de renda, independentemente da residência, que satisfaçam as qualificações para "Pacientes sem seguro e não-segurados", constantes da Seção III (b) acima, que cumprem as responsabilidades do paciente da Seção III (c) acima, e que completem uma Aplicação para Assistência Financeira Hallmark Saúde.
 - ii. Todos os pacientes não segurados e com subsídio que atendem às condições desta política são elegíveis para um desconto de até 40% em serviços elegíveis se o pagamento for recebido ou se um plano de pagamento for acordado dentro de 30 dias da conta inicial.
 - 1. Para serviços não urgentes e não emergenciais, o pagamento deve ser feito na íntegra, ou um plano de pagamento acordado, antes da entrega do serviço. Caso as cobranças reais excedam a estimativa, o paciente deve pagar qualquer montante adicional devido dentro de 30 dias da conta inicial.
 - a. Se os encargos adicionais não forem pagos em tempo hábil, todo o acordo de desconto pode ser revertido e o paciente será cobrado por todos os encargos.
 - 2. Para serviços urgentes ou emergenciais, o pagamento deve ser feito, ou um plano de pagamento acordado, dentro de 30 dias da conta inicial.
 - iii. Ao avaliar a concessão de um desconto ao abrigo desta política, a Hallmark Saúde pode levar em conta se um paciente está atualizado em todos os saldos pendentes.
- j. Base para o Cálculo das Quantias Cobradas dos Pacientes:
- i. Após a determinação da elegibilidade de um paciente para os programas de desconto estabelecidos na Seção IV (g) ou na Seção IV (h) acima, um paciente não será cobrado pelos Serviços Elegíveis mais do que o Valor Geralmente Faturado ("AGB") pelo Hospital.
 - ii. A Hallmark Saúde determina o AGB primeiro dividindo os pagamentos totais por encargos totais para todos os planos comerciais e Medicare por serviço (FFS) e Medicare Managed Care no total para o ano fiscal anterior para determinar o Pagamento em Fator de Conta (PAF) Para o ano fiscal anterior. Isso geralmente é feito em outubro, quando os dados mais precisos dos planos de saúde estão disponíveis. O desconto mínimo do Hallmark Health Low Income Patient (Pacientes de Baixa Renda) é igual ao inverso do PAF do ano fiscal anterior, que é o AGB.
 - iii. Por exemplo, cálculo AGB:
 - 1. Pagamento total de planos comerciais, Medicare FFS e Medicare Managed Care: \$150
 - 2. Taxas totais para planos comerciais, Medicare FFS e Medicare Managed Care: \$350
 - 3. PAF: 42,28%
 - 4. Hallmark Health Low Income Patient AGB Desconto: 57,72%
 - iv. Desconto Mínimo para Pacientes de Baixa Renda Hallmark Saúde, que é o AGB, é efetivo em 01/10/2016 em 57,72%. Estes foram determinados a partir dos créditos comerciais e do Medicare FFS, e planos pagos do Medicare Managed Care pelo período 01/10/2015 a 30/09/2016.

V. Plano de Pagamento

Planos de pagamento sem juros para serviços elegíveis serão oferecidos a todos os pacientes que atendam aos critérios estabelecidos na Seção III (c) acima, mediante solicitação. A aceitação final de um plano de pagamento está sujeita a uma revisão completa do estado do paciente e do histórico de pagamentos.

Política de Assistência Financeira Hallmark Saúde

A Hallmark Saúde processará todos os planos de pagamento dos pacientes. Os planos de pagamento são monitorados por um fornecedor externo. A conformidade completa do paciente é esperada se um plano de pagamento for acordado. Se um paciente falhar em dois pagamentos consecutivos, o plano de pagamento é encerrado e o Hospital pode colocar a conta em dívida não paga, de acordo com os procedimentos e proteções estabelecidos na Política de Crédito e Cobrança do Hospital (disponível em <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>). Após a notificação do paciente de circunstâncias financeiras alteradas, o Hospital pode reavaliar a obrigação de pagamento pendente do paciente.

- a. Os pacientes que foram determinados como Pacientes de Baixa Renda ou que são elegíveis para dificuldades médicas ao abrigo do programa Massachusetts Health Safety Net não são obrigados a atender aos critérios estabelecidos na Seção III (c) antes do Hospital oferecer um plano de pagamento. Para os pacientes de baixa renda ou de dificuldade médica do HSN com saldo de \$1.000 ou menos, esse plano de pagamento deve ser pelo menos um plano sem juros de um ano com um pagamento mínimo não superior a US\$25 por mês. Para os pacientes de baixa renda ou de dificuldades médicas do HSN com um saldo de \$1.000 ou mais, esse plano de pagamento deve ser pelo menos um plano de dois anos sem juros.

VI. Falha no Pagamento

O Hospital mantém uma política separada de Crédito e Cobrança que aborda as ações que o Hospital pode tomar em caso de não pagamento e inclui uma lista de pacientes que podem ser protegidos de acordo com a lei estadual de qualquer ação de coleta. Antes de se envolver em ações de cobrança extraordinárias sob essa política, o Hospital fará um esforço razoável para qualificar um paciente para assistência financeira sob esta política, notificando o paciente por escrito sobre os programas de assistência disponíveis e ajudando esse indivíduo com a conclusão da Aplicação de Assistência Financeira Hallmark Saúde. A política separada de Crédito e Cobrança do Hospital está prontamente disponível para os membros do público no site do Hospital em <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

VII. Publicação e Divulgação da FAP

- a. Informações sobre os Conselheiros Financeiros da Hallmark Saúde, que oferecem assessoria financeira e assistência financeira, e informações sobre a Política de Assistência Financeira podem ser acessadas online em <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html>.
 - i. Para agendar uma consulta com um Conselheiro Financeiro por telefone, você pode ligar para: 781-338-7111.
 - ii. Os Conselheiros Financeiros da Hallmark Saúde estão localizados nos seguintes locais da Hallmark Saúde:
 1. Hospital Melrose-Wakefield, 1º andar, perto da entrada da Rua Porter, 585, Rua Libano, Melrose, MA 02176.
 2. Hospital Lawrence Memorial, ao lado do Departamento de Emergência, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
- b. Postagem de Internet
 - i. Além de estar disponível através dos Conselheiros Financeiros Hallmark Saúde, a política da Assistência Financeira Hallmark Saúde, formulários de inscrição e um resumo em linguagem simples estão disponíveis em: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistencia-Políticas.html>.
 1. Este site também pode ser acessado a partir da página inicial da Hallmark Saúde (<https://www.hallmarkhealth.org/>) selecionando Paciente/Visitante -> Assessoria Financeira e Contas -> Políticas de Assistência Financeira.
 2. O site inclui formas pelas quais os pacientes podem se inscrever para assistência do Hospital, incluindo uma lista de locais dos Conselheiros Financeiros e um número de telefone central para agendar uma consulta com um conselheiro financeiro. O site permite que os pacientes tenha conhecimento de que os formulários de inscrição e assistência financeira são gratuitos.
- c. O Hospital publica amplamente a disponibilidade de assistência financeira coberta pela política das seguintes maneiras:
 - i. Sinalização grande e conspícua (8 "X 14") é postada em todos os portais de entrada e outras áreas de alto tráfego, incluindo o Departamento de Emergência, Coordenação Financeira e Atendimento ao Cliente.

Política de Assistência Financeira Hallmark Saúde

- ii. Brochuras de linguagem simples que anunciam a disponibilidade de opções de assistência financeira da Hallmark Saúde são exibidas no Departamento de Emergência e nas áreas de admissão.
- iii. O resumo de linguagem simples do FAP está disponível para pacientes como parte do processo de admissão e alta hospitalar.
- iv. Cópias da política de FAP do Hospital, aplicação e resumo de linguagem simples são disponibilizadas aos pacientes que solicitam uma cópia, pessoalmente, ou por correio e para qualquer paciente que tenha perguntas específicas.
- v. Os materiais, incluindo a política, o formulário de inscrição e o resumo de linguagem simples estão disponíveis em inglês, chinês, espanhol, vietnamita, português, russo, grego, hindi, italiano, crioulo e árabe.
- vi. Os funcionários do programa da comunidade hospitalar são educados sobre o FAP e são instruídos a informar e notificar os componentes da comunidade da disponibilidade de assistência financeira na Hallmark Saúde.

VIII. Outras Provisões:

a. Não Pagamento do Medicare:

- i. Esta política também pode ser usada para verificar a indigência de um paciente com a finalidade de qualificar seus saldos resultantes de um co-seguro ou dedutível de serviços cobertos pelo Medicare, onde o Medicare Bad Deert é aplicável. Os determinantes serão a renda atual do paciente em relação aos níveis de ativos reportados. Para se qualificar, o paciente deve ter uma renda inferior a 201% da FPL e ativos de menores de US\$ 10.000 para o primeiro membro da família com US\$ 3.000 adicionais para cada membro adicional da família. As determinações de ativos nunca incluirão a residência principal ou o automóvel primário. A conclusão por parte do paciente de uma aplicação a Assistência Financeira Hallmark Saúde será prova de que o paciente tem incapacidade de usar ativos para pagar os saldos pendentes.

b. Avaliação Caso-a-Caso:

- i. Os pacientes são encorajados a trazer suas situações financeiras únicas para a atenção de Conselheiros Financeiros ou Contas de Pacientes. A Hallmark Saúde pode estender descontos além das disposições desta política, caso a caso, para reconhecer casos únicos de dificuldades financeiras.
- ii. Os descontos existentes que vão além desta política podem ser honrados com a aprovação do CFO do Hospital.

IX. Aprovação do Conselho

O FAP Hallmark Saúde foi aprovado pelo Conselho de Curadores Hallmark Saúde em 27 de julho de 2017.

Apêndice A– Endereços da Hallmark Saúde, Entidades Participantes

Esta política de assistência financeira aplica-se aos serviços entregues e faturados pela Hallmark Saúde nos seguintes locais:

1. Campus Hospitalar Melrose-Wakefield, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
2. Campus Hospitalar Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
 - a. Centro de Tratamento Intensivo Hospital Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
3. Centro de Hematologia e Oncologia Hallmark Sistema de Saúde, 41. Montvale Avenue, 3º, 4º, e 5º Pisos, Stoneham, MA 02180.
4. Hallmark Saúde em 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
 - a. Serviços de Reabilitação Hospital Lawrence Memorial, Salas 105 e 106.
 - b. Serviços de Aconselhamento Comunitário, Sala 112.
 - c. Serviços Médicos Lawrence Memorial, Salas 113, 114, e 116.
 - d. Associação Médica Familiar, Salas 213, 214, e 215.
5. Centro de Aconselhamento Comunitário, Malden Family Health Center, 178 Savin Street, 2nd Floor, Malden, MA 02148.
6. Centro de Imagem Feminino Health Imager, 830 Main Street, 3º Piso, Melrose, MA 02176.
7. Centro Quimioterápico para Oncologia Radioativa & MRI, 48 Montvale Avenue, Stoneham, MA 02180.
8. Centro de Ensaio de Diagnóstico e Reabilitação Ambulatorial Hallmark Saúde, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
 - a. Centro de Tratamento Intensivo Reading, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
9. Serviços de Reabilitação Hospital Melrose-Wakefield, 22 Corey Street, Melrose, MA 02176.

Apêndice B: Lista de Provedores Afiliados Hallmark Saúde, Entidades Não-Participantes

Cada um desses fornecedores ou grupos de provedores prestam serviços em um local hospitalar, no entanto, suas contas e encargos não são cobertos pela Política de Assistência Financeira da Hallmark Saúde ("FAP"). A FAP da Hallmark Saúde exclui os serviços entregues e faturados pelas seguintes entidades associadas à Hallmark Saúde:

1. Organização de Médicos da Hallmark Saúde, Associados Médicos Hallmark Saúde.
2. Hallmark Pathology, P.C.
3. Hallmark Imaging Associates, P.C.
4. Os departamentos onde um paciente pode ser visto por um Provedor não coberto pela FAP são: Cardiologia, Endócrina, Gastroenterologia, Radiologia / Hematologia / Oncologia, Doenças Infecciosas, Medicina Interna, Cuidados OB-GYN, Nefrologia, Podologia, Pulmonar, Reumatologia, Medicina do sono, Cirurgia, Urologia, Cuidados com feridas.
5. Médicos de Emergência Melrose-Wakefield, Inc.
 - a. Médicos no Hallmark Health Emergency Departments localizado no Lawrence Memorial Hospital na 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e Melrose-Wakefield Hospital em 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 - b. Médicos nos Centros Hallmark Health System Urgent Care localizada na 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e 30 New Crossing Road, Reading, MA 01867.
6. Hospital Medicine Associates (Time de Saúde).
 - a. Clínicas Hallmark Health localizadas em Lawrence Memorial Hospital na 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 e Melrose-Wakefield Hospital na 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
7. Anestesia Metropolitana.
8. Associados Mystic Cardiology, Inc., incluindo Dr. Conway, Dr. Pladziewicz, e Dr. Samenuk.
9. Mystic Medical Group, incluindo Dr. Weinstein.
10. Litotripsia UMS New England.
11. Associados Middlesex Cardiology, Inc.
12. Centro Médico Tufts Physicians Organization, Inc. (f/k/a New England Health Care Foundation, Inc.)
13. Eliot.
14. Pediatrix.
15. Regional Home Care.

Todos os médicos e organizações de médicos associados à Hallmark Health, incluindo os prestadores estabelecidos acima, são encorajados, mas não obrigatórios, a seguir a política de assistência financeira da Hallmark Health.

Apêndice C: Suplemente de Descontos de Assistência Financeira Hallmark Saúde

Tamanho da Família	FPL 100%	FPL até 150%	FPL até 300%	FPL Maior que 301%
1	\$12,060	\$18,090	\$36,180	\$36,181
2	\$16,240	\$24,360	\$48,720	\$48,721
3	\$20,420	\$30,630	\$61,260	\$61,261
4	\$24,600	\$36,900	\$73,800	\$73,801
5	\$28,780	\$43,170	\$86,340	\$86,341
6	\$32,960	\$49,440	\$98,880	\$98,881
7	\$37,140	\$55,710	\$111,420	\$111,421
8	\$41,320	\$61,980	\$123,960	\$123,961
Cada Pessoa > 8	\$4,180	\$6,270	\$12,540	\$12,541
Desconto		100%	58%	40%
Pagamento Esperado do Paciente		0%	42%	60%

FPL significa Nível Federal de Pobreza (Federal Poverty Level), lançado em janeiro de 2017, conforme definido pelo Registro Federal



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Aplicação para Assistência Financeira

A Hallmark Saúde orgulha-se de fornecer o melhor atendimento para cada paciente. A Hallmark Saúde oferece assistência financeira através de sua Política de Assistência Financeira aos pacientes incapazes de pagar por cuidados urgentes ou medicamento necessários. A Assistência Financeira Hallmark Saúde não se destina a cobrir cuidados não urgentes e não emergenciais. Não se destina a fornecer descontos em co-pagamentos de seguros, co-seguros ou franquias.

Os pacientes que têm os meios devem pagar pelos serviços recebidos na Hallmark Saúde. No entanto, a elegibilidade para assistência financeira está disponível para você. Os pacientes são fortemente encorajados a solicitar qualquer programa de assistência governamental disponível, como MassHealth, ou Health Safety Net, antes de se candidatar ao Programa Hallmark Health Financial Assistance Program (Programa de Assistência Financeira). A falta de candidatura a um programa de assistência governamental ao qual você potencialmente se qualifique pode resultar em atraso ou negação de sua candidatura. Se você precisar de ajuda para se candidatar a programas de assistência governamental, um dos nossos conselheiros financeiros Hallmark Saúde pode ajudar.

A sua qualificação para programas de assistência financeira depende da sua conclusão completa e precisa deste Aplicação de Assistência Financeira.

Instruções para Aplicação

Complete totalmente o Pedido de Assistência Financeira e inclua cópias dos seguintes documentos para todos os candidatos. A falha em devolver todos os documentos necessários dentro de 30 dias fará com que o pedido seja negado. Anexe cópias de qualquer documento enviado, as quais, infelizmente, não podem ser devolvidas.

- Complete todas as seções aplicáveis do formulário e não se esqueça de assinar a declaração na página 4.
- Inclua uma cópia da sua carteira de motorista, outra identificação com foto ou documentos que verifiquem sua residência atual. Qualquer coisa enviada deve incluir seu nome e endereço atual.
- Inclua uma cópia do (s) seu (s) cartão (s) de seguro.
- Inclua alguma forma de verificação de renda:
 - Inclua uma cópia do seu W2 (s) mais recente (s) ou talões de pagamento (4 se pago semanalmente, 2 se for pago duas vezes por semana)
 - Se houve uma mudança recente na receita, inclua documentação como demonstrações de desemprego, extratos bancários/investimentos, declarações de cuidados de longo prazo, declarações de pensão e/ou declarações de segurança social.
- Se o paciente for falecido, forneça uma cópia do certificado de óbito e uma carta indicando o estado da propriedade.

Conselheiros Financeiros:

Para obter assistência para preencher o contato de sua aplicação, entre em contato pelo **781-338-7111**, para agendar uma consulta com um dos conselheiros financeiros da Hallmark Saúde. Os Conselheiros Financeiros estão localizados em: Melrose-Wakefield Hospital, 585 Lebanon Street, 1º Andar perto da entrada da Rua Porter, Melrose ou Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, perto do Departamento de Emergência, Medford.

Envie sua aplicação concluída para:

Hallmark Health
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Parte I: Sobre o Paciente		
Nome do Paciente:		
Data de Nascimento:	SSN do Paciente:	Telefone:
Endereço:		
Cidade:	Estado:	Código Postal:
Você é cidadão dos Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Caso NÃO, você é residente permanente, residindo legalmente nos Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Informação do Candidato (se diferente da informação do paciente acima)		
O candidato é o paciente ou a pessoa que é financeiramente responsável pelo paciente.		
Nome do Candidato:		
Endereço:		
Cidade:	Estado:	Código Postal:
Telefone:		
Membros da Família do Paciente		
Liste todos os membros da família, a data de nascimento e o relacionamento com o candidato. Um membro da família é uma pessoa que está relacionada a você ou vive com você durante todo o ano como membro da sua casa que você reivindica em sua declaração de imposto de renda.		
Membro Familiar 1:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro Familiar 2:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro Familiar 3:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro Familiar 4:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro Familiar 5:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Parte 2: Informação sobre o Seguro do Paciente		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Você enviou um pedido de Medicaid nos últimos seis (6) meses?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Você tem um pedido de Medicaid pendente ou aprovado?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Seu pedido de Medicaid foi negado?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Você tem seguro médico?		
Informações de Seguro Primário:		
Nome do Seguro:		
Endereço:		
Apólice/ID Nº:	Grupo Nº:	
Nome do Assinante:		
Data de Nascimento do Assinante:	Relação com o Assinante:	
Empregador do Assinante:	Data Efetiva:	
Informações de Seguro Secundário		
Nome do Seguro:		
Endereço:		
Apólice/ID Nº:	Grupo Nº:	
Assinante:	Data de Nascimento do Assinante:	
Relação com o Assinante:	Empregador do Assinante:	
Data Efetiva:		

Parte 3: Renda e Ativos Brutos Mensais

Complete esta parte sobre o rendimento e os recursos do trabalho para o paciente e cada membro da família listado na Seção 1 que trabalhem. Indique o rendimento bruto, que é o rendimento antes de impostos e deduções.

	Paciente	Familiar 1	Familiar 2	Familiar 3	Familiar 4	Familiar 5
Salários / Gorjetas						
Seguro desemprego						
Seguro Social						
Manutenção infantil + pensão alimentícia						
Renda de autônoma, após despesas						
Juros / rendimentos de dividendos						
Pensão						
IRA / Ações / Títulos						
Renda						
Pagamentos fiduciários						
Compensação dos trabalhadores						
Benefícios de veteranos						

Declaração de Ausência de Renda

SIM NÃO Caso a renda familiar seja nula, há alguém fornecendo-lhe suporte?.

Se você respondeu "sim" acima, e está sendo apoiado financeiramente por outra pessoa, por favor, peça para que ele/ela preencha e assine abaixo.

Nome do Paciente: _____ não possui renda atualmente. Estou, temporariamente, apoiando-o/a (s) com comida, moradia e vestimenta necessários. Também propicio uma ajuda financeira de \$ _____ em média por mês.

Assinatura do Apoiador: _____ Data: _____

Ativos Familiares

Liste quaisquer contas e/ou economias que possua abaixo.

Tipo de Conta	Instituição Bancária	Saldo de _____

Outros Ativos Familiares

Liste as informações que você possui para qualquer um dos seguintes tipos de contas.

Tipo de Conta	Instituição Bancária	Saldo de _____
Ações / Títulos		
Comprovante de depósito		
Títulos de poupança dos EUA		
Conta de poupança de saúde		
Certificado de poupança		
Clubes de Natal ou de férias		
Outros		

Parte 4: Dificuldades Médicas

Esta seção pode não ser aplicável a você. Por favor, complete esta seção se você possui contas médicas significativas. Liste todas as despesas de saúde da Hallmark Saúde e outros provedores. A documentação pode ser solicitada, mas não é necessária neste momento.

Nome do Provedor	Total de Despesas Médicas	Frequência que ocorre o gasto
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual

Parte 5: DECLARAÇÃO – TODOS OS CANDIDATOS DEVEM ASSINAR

Todos os candidatos **DEVEM** assinar a declaração abaixo para que sua aplicação seja considerada.

Eu juro e afirmo que toda a informação indicada neste formulário é verdadeira, correta e completa ao máximo da minha capacidade e conhecimento e convicção. Aceito informar a Hallmark Saúde de todas e quaisquer alterações nos rendimentos, recursos financeiros ou outras informações indicadas neste formulário que possam afetar minha elegibilidade para receber assistência financeira na Hallmark Saúde. Eu entendo que meu crédito e outras informações financeiras podem ser referenciados para verificar minha declaração e elegibilidade para o programa. Eu entendo que tenho trinta (30) dias para enviar a documentação de suporte precisa e necessária para ser considerado um desconto.

As declarações fraudulentas do paciente com a finalidade de obter assistência financeira serão encaminhadas para a Procuradoria Geral da Massachusetts. Os pacientes que falsificam a aplicação do Programa deixarão de ser elegíveis para o Programa e serão responsáveis por todos os encargos incorridos enquanto estiverem inscritos no Programa retroativamente ao primeiro dia em que os encargos foram incorridos ao abrigo do Programa.

Assinatura do candidato: _____ Data: _____

DECLARAÇÃO – APENAS NECESSÁRIO SE O CÔNJUGE TAMBÉM ESTIVER APLICANDO-SE

Se o cônjuge do candidato também estiver solicitando assistência financeira, o cônjuge do candidato **DEVE** assinar a declaração abaixo para que sua candidatura seja considerada.

Eu juro e afirmo que toda a informação indicada neste formulário é verdadeira, correta e completa ao máximo da minha capacidade e conhecimento e convicção. Aceito informar a Hallmark Health de todas e quaisquer alterações nos rendimentos, recursos financeiros ou outras informações indicadas neste formulário que possam afetar minha elegibilidade para receber assistência financeira na Hallmark Health. Eu entendo que meu crédito e outras informações financeiras podem ser referenciados para verificar minha declaração e elegibilidade para o programa. Eu entendo que tenho trinta (30) dias para enviar a documentação de suporte precisa e necessária para ser considerado um desconto.

As declarações fraudulentas do paciente com a finalidade de obter assistência financeira serão encaminhadas para a Procuradoria Geral da Massachusetts. Os pacientes que falsificam a aplicação do Programa deixarão de ser elegíveis para o Programa e serão responsáveis por todos os encargos incorridos enquanto estiverem inscritos no Programa retroativamente ao primeiro dia em que os encargos foram incorridos ao abrigo do Programa.

Assinatura do cônjuge do requerente: _____ Data: _____

EXPOSIÇÃO E



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Dia Mês, Ano

[Carta de Aprovação - Desconto Parcial]

Dia Mês, Ano

nome

endereço

cidade, estado, código postal

Número de conta do paciente:

Prezado _____ :

Obrigado pelo seu pedido de assistência com suas contas ao abrigo do Programa de Assistência Financeira da Hallmark Saúde (o "Programa"). Revisamos seu pedido e documentação de suporte e determinamos que, com base em sua renda, você é elegível para serviços de baixa taxa no âmbito do Programa.

Determinamos que sua renda é _____ para o tamanho de sua família de _____, o que o qualifica para pagar somente _____ de nossa tarifa usual. Contas de _____ para serviços recebidos por _____ em ___/___/___ estão sendo reduzidas a _____. Entraremos em contato para ajudá-lo a tomar providências para pagamentos do saldo remanescente da conta e lhe enviaremos uma conta detalhada mediante solicitação. Por favor, note que o desconto no âmbito deste Programa não se aplica a nenhum co-pagamento, co-seguro ou montantes dedutíveis que continuem a ser sua responsabilidade.

Esta aprovação será vigente por um período de seis (6) meses. Se você não concorda com esta decisão e acredita que você se qualifica para uma redução adicional em suas cobranças, entre em contato com o Conselheiro Financeiro listado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Título, Telefone

Orig. 7/2017



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Carta de Aprovação - Desconto de 100%]

Dia Mês, Ano

nome

endereço

cidade, estado, código postal

Número de conta do paciente:

Prezado :

Obrigado pelo seu pedido de assistência com suas contas ao abrigo do Programa de Assistência Financeira da Hallmark Saúde (o "Programa"). Revisamos seu pedido e documentação de apoio e determinamos que, com base em sua renda, você é elegível para serviços sem nenhum custo para você no âmbito do Programa. Estamos, portanto, escrevendo contas de _____ para serviços recebidos por _____ em __/__/____. Você não deve receber mais contas de nós por esses serviços.

Esta aprovação será vigente por um período de seis (6) meses. Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o Conselheiro Financeiro listado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Título, Telefone



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Carta de Redeterminação - Desconto Parcial para Desconto de 100%]

Dia Mês, Ano

nome

endereço

cidade, estado, código postal

Número de conta do paciente:

Prezado :

Nós escrevemos em seguimento à nossa determinação original de __/__/____ de que você só era elegível para taxas reduzidas sob o Programa de Assistência Financeira Hallmark Saúde (o “Programa”). A seu pedido, reconsideramos a nossa decisão original sobre o seu pedido e determinamos que, com base na sua renda, você é elegível para serviços sem custo para você no âmbito do Programa. Estamos, portanto, escrevendo contas de _____ para serviços recebidos em __/__/____. Você não deve receber mais contas de nós por esses serviços. Esta aprovação será vigente por um período de seis (6) meses. Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o Conselheiro Financeiro listado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Título, Telefone



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Carta de redeterminação - Não anteriormente elegível para desconto de 100%]

Dia Mês, Ano

nome

endereço

cidade, estado, código postal

Número de conta do paciente:

Prezado :

Nós escrevemos no seguimento de nossa determinação original de que você não era elegível para assistência financeira no Programa de Assistência Financeira da Hallmark Saúde (o "Programa"). A seu pedido, reconsideramos a nossa decisão original sobre o seu pedido e determinamos que, com base na sua renda, você é elegível para serviços sem custo para você no âmbito do Programa. Estamos, portanto, escrevendo contas de _____ pelos serviços recebidos em ___/___/____. Você não deve receber mais contas de nós por esses serviços. Esta aprovação será vigente por um período de seis (6) meses. Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o Conselheiro Financeiro listado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Título, Telefone

[Carta de Redeterminação - Não Elegível para Desconto Parcial]

Dia Mês, Ano

nome

endereço

cidade, estado, código postal

Número de conta do paciente:

Prezado :

Nós escrevemos no seguimento de nossa determinação original de que você não era elegível para assistência financeira no Programa de Assistência Financeira da Hallmark Saúde (o "Programa"). A seu pedido, reconsideramos nossa decisão original e determinamos que, com base em sua renda, você é elegível para serviços de redução de taxa no âmbito do Programa.

Determinamos que sua renda é _____ para o tamanho de sua família de _____, o que o qualifica para pagar somente ___ de nossa tarifa usual. Contas de _____ para serviços recebidos por _____ em ___/___/___ estão sendo reduzidos a _____. Entraremos em contato para ajudá-lo a tomar providências para pagamentos no saldo remanescente da conta e lhe enviaremos uma conta detalhada mediante solicitação. Por favor, note que o desconto no âmbito deste Programa não se aplica a nenhum co-pagamento, co-seguro ou montantes dedutíveis que continuem a ser sua responsabilidade.

Esta aprovação será vigente por um período de seis (6) meses. Se você não concorda com esta decisão e acredita que você se qualifica para uma redução adicional em suas cobranças, entre em contato com o Conselheiro Financeiro listado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Título, Telefone

[Carta de Redeterminação - Manutenção de Decisão Originais - Parciais]

Dia Mês, Ano

nome

endereço

cidade, estado, código postal

Número de conta do paciente:

Prezado :

Nós escrevemos em seguimento à nossa determinação original de __/__/____ de que você só era elegível para taxas reduzidas sob o Programa de Assistência Financeira Hallmark Saúde (o “Programa”). A seu pedido, reconsideramos a nossa decisão original sobre o seu pedido e determinamos que, com base na sua renda, você continua a ser elegível para um desconto parcial no âmbito do Programa.

Como consta em nossa carta de determinação, contas de _____ pelos serviços prestados por _____ em __/__/____ estão sendo reduzidas a _____. Entraremos em contato para ajudá-lo a tomar providências para pagamento do saldo remanescente da conta e enviaremos uma conta detalhada mediante solicitação. Observe que o desconto ao abrigo deste Programa não se aplica a nenhum co-pagamento, co-seguro ou montantes dedutíveis que continuem a ser sua responsabilidade.

Esta aprovação será vigente por um período de seis (6) meses. Se você continuar a discordar desta decisão, entre em contato com o Conselheiro Financeiro listado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Título, Telefone

[Carta de Redeterminação - Manutenção de Decisão Original Não Elegíveis]

Dia Mês, Ano

nome

endereço

cidade, estado, código postal

Número de conta do paciente:

Prezado :

Nós escrevemos em seguimento à nossa determinação original de ___/___/___ que você não era elegível para assistência sob o Programa de Assistência Financeira da Hallmark Saúde (o "Programa"). A seu pedido, reconsideramos a nossa decisão original sobre o seu pedido e determinamos que, com base na sua renda, você não é elegível para assistência no âmbito do Programa.

Se você continuar a discordar desta decisão ou quiser discutir opções de acordo de pagamento, entre em contato com o Conselheiro Financeiro listado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Título, Telefone

[Carta de Negação Geral]

Dia Mês, Ano

nome
endereço
cidade, estado, código postal

Número de conta do paciente:

Prezado _____ :

Obrigado pelo seu pedido de assistência com suas contas ao abrigo do Programa de Assistência Financeira da Hallmark Saúde (o "Programa"). Revisamos sua aplicação e documentação de suporte e determinamos que, com base em sua renda, você não é elegível para um desconto no âmbito do Programa.

Determinamos que sua renda de _____ para o tamanho de sua família de _____ é mais que o limite de _____.

Se você não concorda com esta decisão ou recentemente teve uma mudança nas circunstâncias, ficaremos felizes em reconsiderar sua aplicação à luz de qualquer nova informação que você tenha para oferecer. Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o Conselheiro Financeiro listado abaixo.

Atenciosamente,

Nome
Título, Telefone

[Carta de Negação - Aplicação Incompleta]

Dia Mês, Ano

nome

endereço

cidade, estado, código postal

Número de conta do paciente:

Prezado :

Obrigado pelo seu pedido de assistência com suas contas no âmbito do Programa de assistência financeira da Hallmark Saúde que você preencheu em __/__/____. Até a data de hoje, não recebemos a documentação de suporte necessária para processar seu pedido e, como tal, negamos o seu pedido de assistência.

Depois de compilar a documentação de suporte necessária, encorajamos você a apresentar um novo pedido de assistência financeira para nossa consideração. Se você tiver alguma dúvida, entre em contato com o Conselheiro Financeiro listado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Título, Telefone

[Carta de negação - Serviços não elegíveis]

Dia Mês, Ano

nome

endereço

cidade, estado, código postal

Número de conta do paciente:

Prezado :

Obrigado pelo seu pedido de assistência com suas contas no âmbito do Programa de Assistência Financeira da Hallmark Saúde (o "Programa") que você preencheu em __/__/____. Lamentamos informar-lhe que os serviços que recebeu em __/__/____ são considerados não medicamente necessários e, como tal, não são elegíveis para assistência financeira no âmbito do Programa. Remessa seu pagamento prontamente para evitar ações adicionais de cobrança.

Se você discorda dessa decisão ou possui alguma dúvida, por favor, entre em contato com o Conselheiro Financeiro listado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Título, Telefone