

**Программа финансовой
ПОМОЩИ**

Объединение больниц
"Hallmark Health"

Программа финансовой помощи

Содержание

I. Цель.....	2
II. Термины и понятия.....	2
III. Общие положения.....	3
a. Субъекты-участники программы	3
b. К незастрахованным пациентам больницы Hallmark Health и к пациентам с ограниченным страховым обеспечением относятся:.....	3
c. Обязанности пациента	3
d. Финансовая помощь и консультирование в рамках программы Hallmark Health	3
IV. Программы Hallmark Health по предоставлению льгот пациентам.....	4
a. Hallmark Health предлагает следующие программы по предоставлению льгот пациентам:.....	4
b. Участие в программе и процесс проверки.....	4
c. Утверждение предоставления льгот.....	4
d. Ограничения доходов пациентов	5
e. Услуги, предоставляемые в рамках Программы.....	5
f. Исключения.....	5
g. Программа льгот для пациентов с низким уровнем дохода	5
h. Программа медицинской помощи при трудных условиях жизни.....	5
i. Льготная программа для незастрахованных пациентов и пациентов с ограниченным страховым обеспечением.....	5
j. Порядок расчета суммы, которая выставляется пациентам.....	5
V. План выплат.....	6
VI. Случаи неуплаты.....	7
VII. Размещение и распространение информации про Программу финансовой помощи.....	7
a. Информация о финансовых консультантах больницы Hallmark Health, которые предоставляют финансовые консультации и помощь, и информация про Программу финансовой помощи, размещена по ссылке https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html	7
b. Размещение информации в сети Интернет.....	7
c. Больница всеми возможными способами оповещает общественность о доступной финансовой помощи в рамках Программы, включая:	8
VIII. Прочие положения	8
a. Безнадежные задолженности по Программе медицинского попечения	8
b. Индивидуальная оценка	8
IX. Утверждение руководством.....	8

Программа финансовой помощи

I. Цель

Hallmark Health, далее в программе – "больницы", обеспечивает общество качественными услугами в сфере здравоохранения. Больница предоставляет необходимые услуги всем пациентам вне зависимости от их платежеспособности. При предоставлении услуг, пациенты не дискриминируются по расовому признаку, цвету кожи, национальному происхождению, гражданству, статусу иностранца, религии, полу, сексуальной ориентации, гендерной идентичности, возрасту, инвалидности, нарко- или алкозависимости, социально-экономическому статусу, отсутствию страховки или по внешним факторам. В целях предоставления услуг высокого качества и удовлетворения потребностей населения, деятельность больниц Hallmark Health должна основываться конкурентоспособной системе организации финансов, что включает своевременный сбор дебиторской задолженности.

Больницы Hallmark Health отдают себе отчет в том, что некоторые пациенты ограничены в финансах и не имеют доступа к страховому обеспечению и финансовому покрытию всех услуг. Эта программа была разработана с целью уведомить незастрахованных пациентов и пациентов с ограниченным страховым обеспечением о различных доступных программах финансовой поддержки.

Финансово обеспеченные пациенты должны оплачивать услуги больницы Hallmark Health. Данной программой предусматривается, что пациенты, имеющие доступ к лояльному финансовому страхованию, обратятся по страховке и воспользуются страховой защитой. Программы финансовой помощи больницы Hallmark Health созданы для пациентов, которые не имеют доступа к системам государственного страхования (напр., к Федеральной программе медицинской помощи престарелым "Medicare" или Федеральной программе медицинской помощи неимущим "Medicaid"), или к системам индивидуального страхования (напр., к программам Ассоциации "Голубой крест" и "Голубой щит" или к программе "Гарвард Пилигрим" и т.д.), и которые не имеют достаточных финансовых ресурсов. Если участники программы соответствуют требованиям программы, льготы, предоставляемые больницей Hallmark Health, предоставляются малоимущим пациентам с ограниченными доходами, а также пациентам, большая часть доходов которых уходит на оплату медицинских услуг.

II. Термины и понятия

Экстренная медицинская помощь – помощь, необходимая с медицинской точки зрения, которая предоставляется после ухудшения состояния физического или психического здоровья, которое проявляется симптомами достаточной степени тяжести, включая сильную боль, которые человек, не являющийся специалистом и находящийся в здравом уме расценивает как такие, которые без немедленной медицинской помощи могут подвергнуть опасности здоровье человека, могут привести к нарушению функций организма или к серьезному функциональному нарушению какого-либо органа или части органа, или в отношении беременной женщины, в соответствии с Разделом 42, § 1395dd(e)(1)(B) Кодекса законов США. Медицинский осмотр и стабилизирующая терапия при критическом ухудшении состояния здоровья, что включает госпитализацию больного и другие необходимые меры, которые необходимы согласно Закону "Об оказании неотложной медицинской помощи и помощи при активных родах" (EMTALA) (Раздел 42, § 1395(dd) Кодекса законов США), квалифицируются как экстренная медицинская помощь.

Неотложная медицинская помощь – помощь, необходимая с медицинской точки зрения, которая предоставляется после внезапного ухудшения физического или психического здоровья, которое проявляется симптомами достаточной степени тяжести (включая сильную боль), которые человек, не являющийся специалистом и находящийся в здравом уме расценивает как таковые, которые без оказания медицинской помощи в течении 24 часов могут поставить под угрозу здоровье человека, привести к нарушению функций организма или к серьезному функциональному нарушению какого-либо органа или части органа. Неотложная медицинская помощь оказывается при нарушениях состояния здоровья, которое не угрожает жизни человека и не является серьезной угрозой для здоровья человека.

Помощь неэкстренного, несрочного характера, необходимая согласно медицинским показаниям – услуги, которые не относятся к сфере экстренной и неотложной помощи, но являются необходимыми с медицинской точки зрения. Это не обязательно, но, как правило, в этом случае пациент заблаговременно планирует соответствующие процедуры.

Помощь, не нужная согласно медицинским показаниям – процедура, обследование или другие услуги, которые не влияют на состояние здоровья и не требуют обеспечения экстренной или неотложной помощи.

III. Общие положения

а. Субъекты-участники программы

Данная программа охватывает услуги, которые больница предоставляет и за которые выставляет счета в локациях, обозначенных в Приложении А "Местонахождения больниц Hallmark Health, Субъекты-участники программы". Эта программа не охватывает услуги, которые предоставляются и за которые выставляются счета субъектами, перечисленными в Приложении Б "Филиалы Hallmark Health, не являющиеся участниками программы", даже в том случае, если похожие услуги перечисляются в Приложении А.

б. К незастрахованным пациентам больницы Hallmark Health и к пациентам с ограниченным страховым обеспечением относятся:

1. Пациенты без медицинской страховки ("не застрахованные").
2. Пациенты, чье здоровье застраховано Системой страхования здоровья штата Массачусетс.
3. Пациенты с остаточными балансом, которые исчерпали лимит страховых льгот по страховому плану.
4. Пациенты, которые нуждаются в услугах, которые программа страхования не покрывает, что означает, что на пациента ложится ответственность за оплату данных услуг. К данному пункту относятся услуги, которые страховщик отказался покрывать из-за ограничений баланса страховой организации.

с. Обязанности пациента

і. Пациент должен выполнить ряд обязанностей, чтобы соответствовать программе финансовой помощи больницы, а именно:

1. Обязательство получить и обеспечить страховое покрытие, если это материально доступно;
2. Обязательство обратиться за помощью от государственной программы страхования, на которую они могут претендовать;
3. Обязательство своевременно предоставить всю запрашиваемую документацию про доход, имущество, личность и местожительство, которые необходимы для участия в программе государственного страхования и/или для подачи заявления на участие в Программе финансовой поддержки Hallmark Health;
4. Обязательство уведомлять больницу о действительных демографических сведениях и информации по страхованию;
5. Обязательство оплатить остальную часть суммы в соответствии с оговоренными сроками.

д. Финансовая помощь и консультирование в рамках программы Hallmark Health

i) Координаторы по страхованию заранее проверяют сведения о незастрахованных пациентах и о пациентах с ограниченным страховым обеспечением, которые претендуют на получение услуг, и связываются с ними, а также с финансовыми консультантами, чтобы записать пациентов на прием и обсудить возможности финансовой помощи.

ii) Пациентов также направляют к консультантам по финансовым вопросам из соответствующих отделений больниц Hallmark Health.

iii) Консультанты по финансовым вопросам проверяют, соответствуют ли пациенты требованиям государственного или индивидуального страхового покрытия.

1. Больница Hallmark Health проверяет соответствие пациентов требованиям государственных и федеральных программ. Чтобы иметь возможность доступа к льготам в рамках данной программы, от пациентов может потребоваться подача документов на участие в государственных и федеральных программах, включая, но не ограничиваясь программой MassHealth и/или Федеральной программой медицинской помощи престарелым "Medicare".
2. Если пациент соответствует требованиям государственных программ страхования, консультанты по финансовым вопросам будут давать рекомендации и оказывать помощь в процессе подачи документов на участие в государственных программах страхования, если это необходимо.
3. Если пациент не соответствует требованиям государственных программ страхования (т.е., основываясь на их уровне дохода согласно Федеральной черты бедности, статуса иммигранта и т.д.), и ему отказано в помощи в рамках доступных государственных программ, или же государственная программа не покрывает затраты пациента полностью, финансовые консультанты

Программа финансовой помощи

могут уведомить о возможностях индивидуального страхования и проверят соответствие пациента требованиям Программы финансовой помощи и льгот больниц Hallmark Health (см. Раздел IV).

IV. Программы Hallmark Health по предоставлению льгот пациентам

а. Больница Hallmark Health предлагает следующие программы по предоставлению льгот пациентам:

- i. Программа льгот для пациентов с низким уровнем дохода согласно уровням Федеральной черты бедности, согласно параметрам, установленным больницей Hallmark Health (Раздел IV, подраздел 6).
- ii. Программа медицинской помощи при трудных условиях жизни, согласно параметрам, установленным больницей Hallmark Health (Раздел IV, подраздел 8).
- iii. Льготная программа для незастрахованных пациентов и пациентов с ограниченным страховым обеспечением (Раздел IV, подраздел 9).

Льготы в рамках этих программ могут предоставляться для компенсации остаточной суммы под ответственность пациента и должны соответствовать параметрам, установленным больницей Hallmark Health, указанным в Приложении В – Размеры льгот в рамках Программы финансовой помощи Hallmark Health, что не включает доплаты, отчисления и совместное страхование. Если пациент соответствует требованиям нескольких льготных программ, ему будет предоставляться программа с наибольшим размером льгот.

Наличие отношений или родственных связей пациента или его/ее семьи с работником или руководством больницы не является основанием для предоставления льгот. Предоставление льгот по принципу правила "хорошего тона" на практикующих врачей и их семьи не распространяются. Льготы не предлагаются с целью склонить или убедить пациента получить конкретную услугу и не связаны каким-либо образом с ведением бизнеса, который покрывается федеральной программой здравоохранения, не подлежат обмену на наличные деньги или на предметы и услуги, предоставляемые больницами или каким-либо из подразделений больниц Hallmark Health (включая скидки в сувенирном магазине, кафетерии и т.д.)

б. Участие в программе и процесс проверки

- i. Пациенты должны подать заполненную форму заявления на участие в Программе финансовой помощи Hallmark Health (Приложение Г), а также предоставить всю сопутствующую документацию, необходимую для рассмотрения возможности участия в программе. Необходимая документация может включать, но не ограничивается следующими документами, подтверждающими 1) годовой доход на семью (платежные квитанции, учет выплат по социальному обеспечению, письмо от работодателя, налоговые декларации или справка о банковских счетах), 2) личность и гражданство, 3) статус иммигранта для иностранных граждан (если необходимо), 4) наличие активов (для тех, кому 65 лет и больше) и 5) информация о страховке, включая информацию по страховым выплатам и возможным ограничениям баланса страховой организации. Чтобы заявление было рассмотрено больницей, вся сопутствующая документация должна быть предоставлена в период 30 дней после подачи заявления.
- ii. Несовершеннолетние и лица, подвергшиеся насилию, могут подать конфиденциальное заявление. Эти лица должны связаться с консультантами по финансовым вопросам.
- iii. Больница Hallmark Health не принимает предварительных решений по соответствию пациента условиям Программы финансовой помощи при рассмотрении заявления на участие в программе.
- iv. Больница Hallmark Health сохраняет за собой право перепроверки соответствия пациента условиям льготных программ каждые шесть месяцев.

с. Утверждение предоставления льгот

- i. Больница уведомит пациентов в письменном виде о принятом решении о соответствии требованиям Программы. Детальная информация содержится в Приложении Д "Уведомления о принятии решений о соответствии требованиям Программы финансовой помощи Hallmark Health"
- ii. Больница сохраняет за собой право отклонить заявления, если сопутствующая документация не была предоставлена вовремя.
- iii. Обжалование принятого решения по соответствию требованиям программы может быть принято во

Программа финансовой помощи

внимание, если претендент предоставит больнице новую информацию.

d. Ограничения доходов пациентов

- i. Для резидентов Соединенных Штатов, недавно опубликованные уровни Федеральной черты бедности по общему доходу семьи будут служить главным решающим фактором при предоставлении льгот, описанных в Разделе IV, подразделах 7 и 8.
- ii. Лица, не являющиеся резидентами Соединенных Штатов, и резиденты Соединенных Штатов, которые соответствуют требованиям, указанным в Разделе III, подразделе 3 данной Программы, но не соответствуют квалификационным критериям Федеральной черты бедности, могут претендовать на участие в льготной программе для незастрахованных пациентов и пациентов с ограниченным страховым обеспечением.
- iii. Все пациенты, которые соответствуют требованиям, указанным Разделе III, подразделе 3 данной Программы, могут претендовать на участие в Программе медицинской помощи при трудных условиях жизни, основные характеристики которой кратко изложены в Разделе IV, подразделе 8 ниже.

e. Услуги, предоставляемые в рамках Программы

- i. Данная программа ограничивается услугами, необходимыми с медицинской точки зрения, которые предоставляются и оплачиваются больницей Hallmark Health. Сюда входят:
 1. Экстренная медицинская помощь
 2. Неотложная медицинская помощь; и
 3. Помощь неэкстренного, несрочного характера, необходимая согласно медицинским показаниям

f. Исключения

- i. Больница Hallmark Health не предоставляет финансовое содействие при оказании помощи, не нужной согласно медицинским показаниям, поскольку необходимость таких услуг определяет лечащий врач. Примеры услуг, которые Программа финансовой помощи больницы не покрывает, включают немедицинские услуги (напр., социальные, образовательные, профессиональные, исследовательские услуги, услуги по пластической хирургии и другие), но не ограничивается этим списком. Больница самостоятельно и единолично определяет, какие услуги соответствуют целям данной Программы.
- ii. Как правило, больница Hallmark Health не предоставляет льготы пациентам при оказании помощи неэкстренного, несрочного характера, если пациент заблаговременно знал о необходимости получения лечения, и если пациент, проживающий вне границ территории, обслуживаемой больницей, самостоятельно пришел в больницу Hallmark Health, в то время как необходимые услуги также оказываются и на территории, где пациент проживает.
- iii. Доплаты, отчисления и совместное страхование не покрываются данной программой.

g. Программа льгот для пациентов с низким уровнем дохода

- i. Для резидентов Соединенных Штатов недавно опубликованные уровни Федеральной черты бедности по общему доходу семьи будут служить главным решающим фактором при предоставлении льгот. Как правило, предоставление льгот, основанных только на уровне дохода, ограничивается пациентами, общий семейный доход которых составляет меньше, чем 301% от Федеральной черты бедности.
- ii. Пациентам, которые соответствуют данным параметрам, будет предложена скидка в размере равном или большем, чем размер общей суммы выставленных счетов, обозначенном в Разделе IV, подразделе 9 ниже.
- iii. Решение о предоставлении данных льгот принимает больница Hallmark Health.
- iv. Более детальная информация содержится в Приложениях В и Г.

h. Программа медицинской помощи при трудных условиях жизни

- i. Пациенты, которые не соответствуют параметрам Федеральной черты бедности, необходимым для участия в Программе льгот для пациентов с низким уровнем дохода, могут претендовать на льготы, если предоставят доказательства того, что их расходы на медицинское обслуживание превышают 20% их семейного дохода. Для этого необходимо предоставить отчет о соответствующих расходах за последние 12 месяцев. Эти расходы должны относиться к разряду расходов на медицинское обслуживание, указанных в нормативных документах Федеральной налоговой службы.
- ii. Решение о предоставлении данных льгот принимает больница Hallmark Health.

Программа финансовой помощи

- iii. Более детальная информация содержится в Приложениях В и Г.
- i. Льготная программа для незастрахованных пациентов и пациентов с ограниченным страховым обеспечением
 - i. Больница Hallmark Health предлагает льготы пациентам с разным уровнем дохода, вне зависимости от гражданства, которые относятся к "незастрахованным пациентам и пациентам в ограниченном страховом обеспечением", перечисленным в Разделе III, подразделе 3, и которые заполнили и подали заявление на участие в Программе финансовой помощи Hallmark Health.
 - ii. Все незастрахованные пациенты и пациенты с ограниченным страховым обеспечением, которые соответствуют параметрам данной программы, могут получить скидку до 40% на услуги, предоставляемые в рамках программы, если оплата осуществлена полностью или оговорен график платежей, которые должны быть осуществлены на протяжении 30 дней после первого платежа.
 - 1. Касательно помощи неэкстренного, несрочного характера, оплата должна быть осуществлена полностью или же оговорен график платежей перед предоставлением вышеуказанных услуг. Если фактические расходы превышают ожидаемые расходы, пациент должен оплатить дополнительные расходы в течение 30 дней после первого платежа.
 - а. Если дополнительные расходы не оплачены вовремя, решение о предоставлении льгот будет полностью отменено и пациенту предъявят счет на полную оплату услуг.
 - 2. Касательно экстренной и неотложной помощи, оплата должна быть осуществлена или оговорен график выплат в течение 30 дней после первого платежа.
 - iii. При принятии решения о предоставлении льгот в рамках данной Программы, больница Hallmark Health может учесть тот факт, что у пациента имеются непогашенные задолженности.
- j. Порядок расчета суммы, которая выставляется пациентам
 - i. Согласно параметрам соответствия пациента требованиям программы предоставления льгот, изложенным в Разделе IV, подразделах 7 и 8, сумма, возлагаемая на пациента за услуги, предоставляемые в рамках программы, не должна превышать размер общей суммы счетов, выставленных больницей.
 - ii. Больница Hallmark Health рассчитывает размер общей суммы выставленных счетов путем деления общей суммы платежей на общую сумму затрат на коммерческое обслуживание, оплату медицинской помощи по отдельным услугам и регулируемое медицинское обслуживание в сумме за предыдущий бюджетный год, чтобы определить фактор авансовых платежей за предыдущий бюджетный год. Обычно данный расчет проводится в октябре, когда доступна наиболее точная информация по программам медицинского страхования. Минимальная скидка в рамках Программы льгот для пациентов с низким доходом равна обратному значению фактора авансовых платежей за предыдущий бюджетный год, что и является общей суммой платежей.
 - iii. Пример расчета общей суммы платежей:
 - 1. Общая сумма платежей за коммерческое обслуживание, оплату медицинской помощи по отдельным услугам и регулируемое медицинское обслуживание: \$150
 - 2. Общая сумма затрат на коммерческое обслуживание, оплату медицинской помощи по отдельным услугам и регулируемое медицинское обслуживание: \$350
 - 3. Фактор авансовых платежей: 42.28%
 - 4. Скидка в размере общей суммы выставленных счетов в рамках Программы льгот для пациентов с низким уровнем дохода: 57.72%
 - iv. Скидка в размере общей суммы выставленных счетов в рамках Программы льгот для пациентов с низким уровнем дохода состоянием на 1.10.2016 составила 57.72%. При расчете размера скидки учитывались оплаченные страховые требования по коммерческому обслуживанию, оплату медицинской помощи по отдельным услугам и регулируемому медицинскому обслуживанию за период с 1.10.2015 по 30.09. 2016.

V. План выплат

Планы беспроцентных платежей за услуги, предоставляемые в рамках Программы предлагаются нуждающимся пациентам, которые соответствуют условиям, изложенным в Разделе III, подразделе 3. Окончательное утверждение плана выплат зависит от результатов пересмотра истории статуса пациента и истории платежей. Больница Hallmark Health рассмотрит все планы платежей. Планы платежей контролируются внешними поставщиками услуг. Если план платежей утвержден, пациент должен соблюдать все требования плана. Если пациент не совершил несколько

Программа финансовой помощи

платежей подряд, действие платежного плана прекращается и больница может перевести счет пациента в статус безнадежной задолженности в соответствии с процедурами мерами защиты, изложенными в Политике предоставления кредитов и взыскания задолженностей (<https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>) Если пациент предоставляет новую информацию о финансовом состоянии, больница может пересмотреть обязательства пациента по просроченным платежам.

а. Пациентам, которые были определены в Программу льгот для пациентов с низким уровнем дохода или в Программу медицинской помощи при трудных условиях жизни в Системе страхования здоровья, не обязательно соответствовать критериям, изложенным в Разделе III, подразделе 3 для оформления плана платежей. Для пациентов, участвующих в Программе льгот для пациентов с низким уровнем дохода или Программе медицинской помощи при трудных условиях жизни Системы страхования здоровья, имеющих баланс 1 000 \$ и менее, подобный план платежей будет составлять минимум на один год – беспроцентный платежный план с минимальным платежом в 25 \$ месяц. Для пациентов, участвующих в Программе льгот для пациентов с низким уровнем дохода или Программе медицинской помощи при трудных условиях жизни Системы страхования здоровья, имеющих баланс 1 000 \$ и более, подобный план выплат будет составлять минимум на два года, - беспроцентный план платежей.

VI. Случаи неуплаты

Больница придерживается отдельной Политики предоставления кредитов и взыскания задолженностей, в которой указаны действия, которые больница может предпринять в случае неуплаты, и включает список пациентов, которые защищены от взыскания задолженностей законодательством штата. Перед взысканием задолженностей согласно этой политике, больница может предпринять разумные усилия, чтобы предоставить клиенту финансовые консультации, направив пациенту уведомление в письменном виде о доступных программах финансовой помощи и предложив пациенту помощь в заполнении заявления на участие в Программе финансовой помощи Hallmark Health. С Политикой предоставления кредитов и взыскания задолженностей можно ознакомиться по ссылке <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

VII. Размещение и распространение информации про Программу финансовой помощи

а. Информация о финансовых консультантах больницы Hallmark Health, которые предоставляют финансовые консультации и помощь и информацию про Программу финансовой помощи, размещена по ссылке <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html>.

i. Чтобы записаться на прием к консультанту по финансовым вопросам по телефону, Вы можете обратиться по номеру : 781-338-7111.

ii. Консультации по финансовым вопросам можно получить, обратившись по следующим адресам:

1. Больница Мелроуз-Вейкфилд, 1 этаж, вход возле улицы Портер, ул. Лебанон, 585, Мелроуз, Массачусетс, 02176 , США.
2. Больница Лоуренс Мемориал, рядом с отделением неотложной помощи, Гавернорз авеню, Медфорд, Массачусетс, 02155, США.

б. Размещение информации в сети Интернет

i. Кроме финансовых консультантов, необходимую информацию про Программу финансовой помощи Hallmark Health, формы заявлений и краткое описание Программы доступным языком можно найти по ссылке: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

1. На эту веб-страницу можно также перейти с домашней страницы больницы Hallmark Health: (<https://www.hallmarkhealth.org/>) выбрав Patient/Visitor → Financial Counseling and Billing → Financial Assistance Policies.
2. На веб-странице можно ознакомиться с различными способами получения помощи и консультаций от больницы, включая список адресов, где находятся финансовые консультанты, и номер телефона, по которому можно записаться на прием к консультанту по финансовым вопросам. Формы заявлений и финансовая помощь находятся в свободном доступе.

Программа финансовой помощи

с. Больница всеми возможными способами оповещает общественность о доступной финансовой помощи в рамках Программы, включая:

- i. Большие, заметные вывески (20,3 X 35,5 см) размещены возле всех входов и в других местах большого скопления людей, включая Отделение неотложной помощи, Отдел финансовой координации и Отдел обслуживания клиентов.
- ii. Брошюры с описанием Программы на доступном языке, содержащие условия получения финансовой помощи находятся в Отделении неотложной помощи и приемном покое больницы.
- iii. Пациенты могут ознакомиться с общей информацией про Программу финансовой помощи при поступлении и выписке из больницы.
- iv. Копии Программы, заявлений и общей информации выдаются по требованию пациента, могут быть отправлены по почте и доступны каждому пациенту в случае возникновения конкретных вопросов.
- v. Материалы, включая Программу, заявление и общую информацию доступны на английском, китайском, испанском, вьетнамском, португальском, русском, греческом, хинди, итальянском, креольском и арабском языках.
- vi. Работники больницы осведомлены о Программе финансовой помощи и могут проинформировать и уведомить население о доступной помощи в больнице Hallmark Health.

VIII. Прочие положения

а. Безнадежные задолженности по Программе медицинского попечения

- i. Данная Программа также может быть использована для проверки статуса бедности пациента с целью определить баланс его счета, выявить возможное совместное страхование, невозмещаемый минимум суммы ущерба от услуг, покрываемых Программой медицинского попечения, где есть возможность возникновения безнадежной задолженности. Во время проверки решающим фактором будет текущий доход пациента от имеющегося имущества. В таком случае, чтобы соответствовать условиям Программы, пациент должен иметь доход, который составляет менее 201% от Федеральной черты бедности и имущество общей суммой менее 10 000 \$ на первого члена семьи с дополнительной суммой 3 000 \$ на каждого дополнительного члена семьи. Основное место проживания или основное средство передвижения (автомобиль) не расцениваются как имущество, от которого пациент получает доход. Доказательством того, что пациент не может использовать доходы от своего имущества, чтобы оплатить непогашенную задолженность, служит заполненное и поданное заявление на участие в Программе финансовой помощи Hallmark Health.

б. Индивидуальная оценка:

- i. Пациентам рекомендуется проинформировать консультантов по финансовым вопросам и финансовый отдел о сложившемся финансовом положении в полном объеме. При индивидуальной оценке отдельных случаев, больница Hallmark Health может принять решение о расширении льгот, если случаи финансовых затруднений не вписываются в рамки положений данной Программы.
- ii. Существующие льготы, которые не входят в данную Программу, могут быть предоставлены после одобрения финансовым директором больницы.

IX. Утверждение руководством

Программа финансовой помощи Hallmark Health была одобрена Советом попечителей больницы Hallmark Health 27 июля 2017.

Приложение А - "Местонахождение больницы Hallmark"

Программа финансовой помощи распространяется на предоставление услуг и оплату платежей за услуги по следующим адресам:

1. Кампус больницы Мелроуз-Вейкфилд, ул. Лебанон Стрит, 585, Мелроуз, Массачусетс, 02176 США
2. Кампус больницы Лоуренс Мемориал, ул. Гавернорз Авеню, 170, Медфорд, Массачусетс, 02155, США.
 - a. Отделение срочной медицинской помощи больницы Лоуренс Мемориал, ул. Гавернорз Авеню, 170, Медфорд, Массачусетс, 02155, США.
3. Центр гематологии и онкологии Ассоциации больниц "Холлмарк Хелс", ул. Монтвейл Авеню, 41, 3-й, 4-й, 5-й этаж, Стоунхэм, Массачусетс, 02180, США.
4. Больница Холлмарк Хелс, ул. Мейн Стрит, 101, Медфорд, Массачусетс, 02155, США
 - a. Служба реабилитации больницы Лоуренс Мемориал, корпус 105 и 106.
 - b. Служба консультативного обслуживания населения, корпус 112.
 - c. Терапевтическое отделение больницы Лоуренс Мемориал, корпус 113, 114 и 116.
 - d. Отделение семейной медицины, корпус 213, 214 и 215.
5. Служба консультативного обслуживания населения, Центр семейной медицины "Молден", ул. Севин Стрит, 178, 2-й этаж, Молден, Массачусетс, 02148, США.
6. Центр диагностической визуализации для женщин "Health Image", ул. Мейн Стрит, 830, 3-й этаж, Мелроуз, Массачусетс, 02176, США.
7. Центр радиационной онкологии и МРТ, ул. Мортвейл Авеню, 48, Стоунхем Массачусетс, 02180, США.
8. Центр амбулаторной диагностики, обследования и реабилитации Hallmark Health, ул. Ньюкроссинг Роуд, 30, Ридинг, Массачусетс, 01867, США.
 - a. Центр неотложной помощи города Ридинг, ул. Ньюкроссинг Роуд, 30, Ридинг, Массачусетс, 01867, США.
9. Центр реабилитации больницы Мелроуз-Вейкфилд, ул. Кори Стрит, 22, Мелроуз, Массачусетс, 02176, США.

Приложение Б: Филиалы Hallmark Health, не являющиеся участниками

Каждое отдельное из этих учреждений или группа учреждений предоставляют услуги в местах их расположений, но выставленные ими счета не покрываются в рамках Программы финансовой помощи Hallmark Health. Из Программы финансовой помощи Hallmark Health исключены услуги и покрытие счетов, выставленных за эти услуги, в следующих учреждениях, относящихся к ассоциации больниц Hallmark Health:

1. Организация терапевтов больницы Hallmark Health, Объединение медработников больницы Hallmark Health.
2. Профессиональная корпорация "Отделение патологии больницы Hallmark".
3. Профессиональная корпорация "Объединение работников диагностической визуализации больницы Hallmark".
4. Отделения, где пациенты могут получить медицинские услуги, которые не покрываются Программой финансовой помощи: Кардиология, Эндокринное отделение, Гастроэнтерология, Радиология/Гематология/Онкология, Инфекционное отделение, Отделение внутренней медицины, Гинекология, Нефрология, Ортопедическое отделение, Пульмонологическое отделение, Ревматология, Отделение медицины сна, Хирургия, Урология, Травматология.
5. Корпорация "Реаниматологи больницы Мелроуз-Вейкфилд".
 - a. Врачи скорой помощи больницы Лоуренс Мемориал по адресу ул. Авеню Гавернорз, 170, Медфорд, Массачусетс, 02155 США и больницы Мелроуз-Вейквилд по адресу ул. Лебанон Стрит, 585, Мелроуз, Массачусетс, 02176, США.
 - b. Терапевты Центров неотложной помощи Ассоциации больниц Hallmark Health по адресу ул. Авеню Гавернорз, 170, Медфорд, Массачусетс, 02155, США и ул. Ньюкроссинг Роуд, 30, Ридинг, Массачусетс, 01867, США.
6. Объединения медработников больницы (бригады медицинской помощи)
 - a. Врачи стационара больниц Hallmark Health в больнице Лоренс Мемориал по адресу ул. Гавернорз Авеню, 170, Медфорд, Массачусетс, 02155, США и в больнице Мелроуз-Вейкфилд по адресу ул. Лебанон Стрит, 585, Мелроуз, Массачусетс, 02176, США.
7. Объединение анестезиологов "Metropolitan Anesthesia".
8. Объединение кардиологов Mystic, включая доктора Ковей, доктора Паджевич и доктора Саменюк.
9. Группа медицинского обслуживания Mystic, включая доктора Вайнштейна.
10. Урологическое отделение "Литотрипсия в Новой Англии".
11. Кардиология Middlesex.
12. Организация терапевтов медицинского центра Tufts, (ранее известный как Организация здравоохранения Новой Англии).
13. Служба социальной помощи Eliot
14. Группа медицинского обслуживания Pediatrix.
15. Стационары на дому.

Все терапевты и организации терапевтов, связанные с ассоциацией больниц Hallmark Health, включая учреждения, перечисленные выше, могут по собственному желанию внедрять Программу финансовой помощи Hallmark Health, но не обязаны это делать.

Приложение В: Размеры льгот в рамках Программы финансовой помощи Hallmark Health

Размер семьи	100% от ФЧБ	до 150% от ФЧБ	до 300% от ФЧБ	Больше чем 301% от ФЧБ
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
Больше 8	\$4,180	\$6,270	\$12,540	\$12,541
Скидка		100%	58%	40%
Ожидаемая оплата пациентом		0%	42%	60%

ФЧБ - Федеральная черта бедности, опубликованная в январе 2017 согласно Федеральному Реестру США.

Заявление на участие в Программе финансовой помощи

Ассоциация больниц Hallmark Health гордится высоким качеством медицинским услуг, доступных каждому пациенту. Больницы Hallmark Health предоставляет финансовую поддержку с помощью Программы финансовой помощи пациентам, которые не имеют возможности оплатить экстренную медицинскую помощь или помощь, необходимую по медицинским показаниям. Программа финансовой помощи Hallmark Health не покрывает услуги неэкстренной, несрочной медицинской помощи. Программа не предоставляет скидки на дополнительные страховые выплаты, совместное страхование или прочие страховые отчисления.

Финансово обеспеченные пациенты должны оплачивать услуги, предоставляемые больницей Hallmark Health. Однако все пациенты могут претендовать на получение финансовой помощи. Пациентам настоятельно рекомендуется подать заявку на получение помощи от государственных программ страхования, таких как Программа социального страхования MassHealth штата Массачусетс или Система страхования здоровья штата Массачусетс. Вашу заявку отсрочат или отклонят, если Вы не соответствуете требованиям данных программ. Если Вам нужна помощь при подаче заявки на получение помощи от государственных программ страхования, Вы можете обратиться к консультантам по финансовым вопросам в больницах Hallmark Health.

Ваша возможность получить финансовую помощь напрямую зависит от правильного и полного заполнения соответствующего заявления.

Инструкции по заполнению заявления

Пожалуйста, заполните полностью заявление на участие в Программе финансовой помощи и приложите к нему копии всех требуемых документов. Если в течение 30 дней Вы не предоставите все необходимые документы, Ваше заявление будет отклонено. Пожалуйста, приложите копии необходимых документов, поскольку вся документация, поданная Вами, возвращается Вам не будет.

- Заполните все необходимые секции в заявлении и не забудьте подписать официальное подтверждение на странице 4.
- Приложите копию водительских прав или другого документа, подтверждающего личность и место проживания. Все документы, которые Вы подаете, должны содержать Ваше имя и текущий адрес проживания.
- Приложите копию Вашего страхового полиса(ов).
- Приложите копию справки о доходах.
 - Приложите копию последней поданной налоговой формы или зарплатные квитанции (4, если получаете зарплату каждую неделю, 2, если каждые две недели).
 - Если в ваших доходах произошли изменения, приложите копии следующей документации:
документ, подтверждающий статус безработного, выписка с банковского счета/данные об инвестициях и/или данные социального обеспечения.
- Если пациент скончался, необходимо предоставить копию свидетельства о смерти и письмо о статусе недвижимого имущества.

Консультанты по финансовым вопросам

Для получения помощи в заполнении Вашего заявления обратитесь по номеру **781-338-7111**, чтобы записаться на прием к консультанту по финансовым вопросам. Консультанты по финансовым вопросам находятся по следующим адресам: Больница Мелроуз-Вейкфилд, ул. Лебанон Стрит, 585, 1-й этаж, вход возле ул. Портер Стрит, Мелроуз, Массачусетс или Больница Лоуренс Мемориал, ул. Гавернорз Авею, 170, возле Отделения скорой помощи, Медфорд, Массачусетс.

Направьте заполненное заявление по адресу:

Hallmark Health
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Часть I: Информация о пациенте		
Имя пациента:		
Дата рождения пациента:	Номер социального страхования	Телефон:
Текущий адрес:		
Город:	Штат:	Индекс:
Являетесь ли Вы гражданином Соединенных Штатов: <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
Если нет, имеете ли Вы статус постоянного жителя, легально проживающего на территории Соединенных штатов? <input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ		
Информация о заявителе (если информация отличается от указанной выше)		
Заявителем может быть сам пациент или человек, финансово ответственный за пациента.		
Имя заявителя:		
Текущий адрес заявителя:		
Город:	Штат:	Индекс:
Телефон заявителя:		
Информация о семье пациента		
Список членов семьи, их даты рождения и отношение к пациенту Член семьи - человек, состоящий в родстве с пациентом или проживет с ним на протяжении года как член семьи и может претендовать на поступления от налогов.		
Член семьи №1:		
Дата рождения:	Родственный статус:	
Член семьи №2:		
Дата рождения:	Родственный статус:	
Член семьи №3:		
Дата рождения:	Родственный статус:	
Член семьи №4:		
Дата рождения:	Родственный статус:	
Член семьи №5:		
Дата рождения:	Родственный статус:	
Часть 2: Информация о страховке пациента		
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Подавали ли Вы заявку на получение помощи от Программы бесплатной медицинской помощи неимущим и малоимущим Medicaid на протяжении последних 6 месяцев?		
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Ваша заявка на получение помощи от Программы Medicaid была одобрена или находится в процессе обработки?		
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ Вам было отказано в получении помощи от Программы Medicaid?		
<input type="checkbox"/> ДА <input type="checkbox"/> НЕТ У Вас есть медицинская страховка?		
Основная информация о страховании:		
Название страховой компании:		
Адрес страховой компании:		
Номер страхового полиса:	Номер группы:	
Имя держателя страхового полиса:		
Дата рождения держателя страхового полиса:	Родственный связь с держателем страхового полиса:	
Работодатель держателя страхового полиса:	Страховка действительна с:	
Вторичная информация о страховании		
Название страховой компании:		
Адрес страховой компании:		
Номер страхового полиса:	Номер группы:	
Держатель страхового полиса:	Дата рождения держателя страхового полиса:	
Родственный связь с держателем страхового полиса:	Работодатель держателя страхового полиса:	
Страховка действительна с:		

Часть 3: Валовый ежемесячный доход и имущество:

Пожалуйста, заполните эту часть информацией о доходах и имуществе пациента и каждого члена семьи, перечисленного ранее в Части 1, которые работают. Пожалуйста, обозначьте валовый доход, т.е. доход без учета налогов и отчислений.

	Пациент	Члены семьи Член семьи №1	Члены семьи Член семьи №2	Члены семьи Член семьи №3	Члены семьи Член семьи №4	Члены семьи Член семьи №5
Еженедельная/ежемесячная заработная плата/чаевые						
Пособия по безработице						
Социальное						
Пособие на ребенка +						
Предпринимательская деятельность						
Проценты/дивиденды						
Пенсия						
Пенсионный счет/Акции/Облигации						
Сдача в аренду						
Выплаты из целевого фонда						
Компенсации трудящимся						
Ветеранские пособия						

Подтверждение отсутствия доходов

ДА НЕТ Если общий доход вашей семьи равен нулю, есть ли кто-то, кто содержит Вас?

Если Вы дали утвердительный ответ и Вас содержит другой человек, пожалуйста, попросите их заполнить и подписать документальное подтверждение ниже.

Имя пациента: _____ на данный момент доходов не имеет.
 Я временно содержу пациента, снабжаю пациента едой, предоставляю кров и необходимую одежду. Я также предоставляю пациенту финансовую помощь в размере \$__ в среднем на месяц.

Подпись опекуна: _____ Дата: _____

Семейный капитал

Внесите информацию о чековом или сберегательном счете.

Тип счета	Банк	Баланс счета состоянием на _

Другой исчисляемый семейный капитал

Внесите информацию по следующим видам счетов:

Тип счета	Банк	Баланс счета состоянием на _
Акции/Облигации		
Сертификат о депозите		
Сберегательные облигации США		
Медицинский сберегательный счет		
Сберегательный сертификат		
Рождественский или отпускной клуб		
Другое		

Часть 4: Финансовые затруднения, связанные с медициной

Эта часть может быть не применима к Вашей ситуации. Пожалуйста, заполните эту часть, если у Вас имеются значительные медицинские счета, которые необходимо оплатить. Внесите все затраты на здравоохранение в больницах Hallmark Health или других клиниках. Возможно, позже может потребоваться дополнительная документация.

Название учреждения	Общая сумма затрат на услуги здравоохранения	Как часто эти расходы возникают?
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно
		<input type="checkbox"/> Ежедневно <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Ежегодно

Часть 5: ОФИЦИАЛЬНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ (ДОЛЖНО БЫТЬ ПОДПИСАНО ВСЕМИ ЗАЯВИТЕЛЯМИ)

Все заявители **ДОЛЖНЫ** подписать официальное заявление, чтобы их заявление было рассмотрено.

Подтверждаю, что информация в данной форме, правдива, корректна и предоставлена в полном объеме, согласно моим знаниям и убеждениям. Даю свою согласие предоставлять необходимую информацию больнице Hallmark Health об изменениях в доходах, финансовых ресурсах или другую информацию, которая могла бы повлиять на получение финансовой помощи в рамках от больницы Hallmark Health. Я осознаю, что информация о моих счетах и другая финансовая информация может быть проверена для подтверждения моего соответствия параметрам Программы. Я осознаю, что на протяжении 30 дней я должен/должна подать на рассмотрение достоверную необходимую документацию.

Ложные данные, предоставленные пациентом для получения финансовой помощи, будут переданы в офис Генерального прокурора штата Массачусетс. Пациенты, которые сфальсифицировали информацию в заявлении, больше не смогут претендовать на участие в Программе и понесут ответственность за все финансовые издержки с первого дня участия в Программе.

Подпись заявителя: _____ Дата: _____

ОФИЦИАЛЬНОЕ ПОДТВЕРЖДЕНИЕ (ЕСЛИ СУПРУГ/СУПРУГА ЗАЯВИТЕЛЯ ПОДАЮТ ЗАЯВЛЕНИЕ)

Если супруг или супруга заявителя также подадут заявление на получение финансовой помощи, они **ДОЛЖНЫ** подписать официальное подтверждение ниже, чтобы их заявление было принято к сведению.

Подтверждаю, что информация в данной форме, правдива, корректна и предоставлена в полном объеме, согласно моим знаниям и убеждениям. Даю свою согласие предоставлять необходимую информацию больнице Hallmark Health об изменениях в доходах, финансовых ресурсах или другую информацию, которая могла бы повлиять на получение финансовой помощи в рамках от больницы Hallmark Health. Я осознаю, что информация о моих счетах и другая финансовая информация может быть проверена для подтверждения моего соответствия параметрам Программы. Я осознаю, что на протяжении 30 дней я должен/должна подать на рассмотрение достоверную необходимую документацию.

Ложные данные, предоставленные пациентом для получения финансовой помощи, будут переданы в офис Генерального прокурора штата Массачусетс. Пациенты, которые сфальсифицировали информацию в заявлении, больше не смогут претендовать на участие в Программе и понесут ответственность за все финансовые издержки с первого дня участия в Программе.

Подпись супруга/супруги заявителя: _____ Дата: _____

Приложение Д



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Месяц День, Год

[Письмо-подтверждение - Частичная скидка]

Месяц День, Год

Имя

Адрес

Город, штат, индекс

Номер счета пациента:

Уважаемый(-ая) :

Благодарим Вас за подачу заявления на предоставление помощи в покрытии Ваших счетов согласно Программе финансовой помощи Hallmark Health (далее - Программа). Мы рассмотрели Ваше заявление и сопутствующую документацию и решили, что, согласно статусу Ваших доходов, Вы можете претендовать на льготные тарифы за услуги, предоставляемые Программой.

Было установлено, что ваш доход, равный _____ на семью, состоящую из _____ человек, что позволяет вам оплатить только _____ от выставленной суммы. Сумма счетов _____ за услуги, предоставленные _____ от ___/___/_____, сокращена до _____. Мы свяжемся с Вами, чтобы оговорить оплату оставшейся суммы счетов и отправим Вам детальный счет по запросу. Пожалуйста, обратите внимание, что скидка в рамках данной Программы не действует на доплаты, совместное страхование или отчисления, за которые Вы лично несете ответственность.

Это подтверждение действует на протяжении шести (6) месяцев. Если Вы не согласны с этим решением и считаете, что можете претендовать на увеличение размера скидки, пожалуйста, свяжитесь с консультантом по финансовым вопросам.

С уважением,

Имя

Должность, Телефон

Ориг. 7.2017



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Письмо-подтверждение - Скидка 100%]

Месяц, День, Год

имя
адрес
город, штат, индекс

Номер счета пациента:

Уважаемый(-ая) :

Благодарим Вас за подачу заявления на предоставление помощи в покрытии Ваших счетов согласно Программе финансовой помощи Hallmark Health (далее - Программа). Мы рассмотрели Ваше заявление и сопутствующую документацию и решили, что, согласно статусу Ваших доходов, вы можете претендовать на предоставление бесплатных услуг в рамках данной Программы. Таким образом, мы списываем всю сумму _____ с Ваших счетов за предоставленные услуги, полученные от ___/___/_____. Вы больше не будете получать счета за предоставленные услуги.

Данное подтверждение действительно на протяжении шести (6) месяцев. Если у Вас возникнут вопросы, пожалуйста, свяжитесь с консультантом по финансовым вопросам.

С уважением,

Имя
Должность, Телефон

Ориг.



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Уведомление о повторном рассмотрении - скидка 100% вместо частичной скидки]

Месяц День, Год

имя
адрес
город, штат, индекс

Номер счета пациента

Уважаемый(-ая) :

Направляем Вам данное письмо в дополнение к предыдущему решению от ___/___/_____ касательно того, что Вы можете претендовать только на сокращение размеров оплаты согласно Программе финансовой помощи Hallmark Health (далее - Программа). По Вашему запросу, мы пересмотрели наше предыдущее решение по Вашему заявлению и пришли к выводу, что, согласно статусу Ваших доходов, вы можете претендовать на предоставление бесплатных услуг в рамках данной Программы. Таким образом мы списываем всю сумму с Ваших счетов _____ за услуги, предоставленные _____ от ___/___/_____. Вы больше не будете получать счета за предоставленные услуги.

Данное решение действительно на протяжении шести (6) месяцев. Если у Вас возникнут вопросы, пожалуйста, свяжитесь с консультантом по финансовым вопросам.

С уважением,

Имя
Должность, Телефон

Ориг.



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Уведомление о повторном рассмотрении - Ранее не одобренные на получение 100% скидки]

Месяц День, Год

имя
адрес
город, штат, индекс

Номер счета пациента

Уважаемый(-ая) :

Направляем Вам данное письмо в дополнение к предыдущему решению, согласно которому Вы не могли претендовать на финансовую поддержку в рамках Программы финансовой помощи Hallmark Health (далее - Программа). По Вашей просьбе, мы пересмотрели наше предыдущее решение по Вашему заявлению и пришли к выводу, что, согласно статусу Ваших доходов, Вы можете претендовать на предоставление бесплатных услуг в рамках данной Программы. Таким образом, мы списываем всю сумму _____ с Ваших счетов за услуги, предоставленные _____ от ___ / ___ / _____. Вы больше не будете получать счета за предоставленные услуги. Данное решение действительно на протяжении шести (6) месяцев. Если у Вас возникнут вопросы, пожалуйста, свяжитесь с консультантом по финансовым вопросам.

С уважением,

Имя
Должность, Телефон

Ориг.



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Уведомление о повторном рассмотрении - Ранее не одобренные на получение частичной скидки]

Месяц День, Год

имя
адрес
город, штат, индекс

Номер счета пациента:

Уважаемый(-ая) :

Направляем Вам данное письмо в дополнение к предыдущему решению, согласно которому Вы не могли претендовать на финансовую поддержку в рамках Программы финансовой помощи Hallmark Health (далее - Программа). По Вашей просьбе, мы пересмотрели наше предыдущее решение по Вашему заявлению и пришли к выводу, что, согласно статусу Ваших доходов, Вы можете претендовать на льготные тарифы на предоставление услуг в рамках данной Программы.

Было установлено, что ваш доход, равный _____ на семью, состоящую из _____ человек, что позволяет вам оплатить только _____ от выставленной суммы. Сумма счетов _____ за услуги, предоставленные _____ от __/__/_____, сокращена до _____. Мы свяжемся с Вами, чтобы оговорить оплату оставшейся суммы счетов и отправим Вам детальный счет по запросу. Пожалуйста, обратите внимание, что скидка в рамках данной Программы не действует на доплаты, совместное страхование или отчисления, за которые Вы лично несете ответственность.

Это подтверждение действует на протяжении шести (6) месяцев. Если Вы не согласны с этим решением и считаете, что можете претендовать на увеличение размера скидки, пожалуйста, свяжитесь с консультантом по финансовым вопросам.

С уважением,

Имя
Должность, Телефон

Ориг.



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Уведомление о повторном рассмотрении - Подтверждение первоначального решения -
Частичная скидка]

Месяц День, Год

имя
адрес
город, штат, индекс

Номер счета пациента:

Уважаемый(-ая)

Направляем Вам данное письмо в дополнение к предыдущему решению от ___/___/_____, согласно которому Вы могли претендовать только на льготные тарифы на предоставление услуг в рамках Программы финансовой помощи Hallmark Health (далее - Программа). По Вашему запросу, мы пересмотрели предыдущее решение по вашему заявлению и пришли к выводу, что, согласно уровню Ваших доходов, Вы все же можете претендовать только на частичную скидку в рамках данной Программы.

Как указано в предыдущем письме, сумма счетов _____ за услуги, предоставленные _____ от ___/___/_____, сокращена до _____. Мы свяжемся с Вами, чтобы оговорить оплату оставшейся суммы счетов и отправим Вам детальный счет по запросу. Пожалуйста, обратите внимание, что скидка в рамках данной Программы не действует на доплаты, совместное страхование или отчисления, за которые Вы лично несете ответственность.

Это подтверждение действует на протяжении шести (6) месяцев. Если Вы все же не согласны с данным решением, пожалуйста, свяжитесь с консультантами по финансовым вопросам.

С уважением,

Имя
Должность, Телефон

Ориг.

[Уведомление о повторном рассмотрении - Подтверждение первоначального решения -
Несоответствие требованиям]

Месяц День, Год

имя
адрес
город, штат, индекс

Номер счета пациента

Уважаемый(ая) :

Направляем Вам данное письмо в дополнение к предыдущему решению от ___/___/_____, согласно которому Вы не можете претендовать на финансовую поддержку в рамках Программы финансовой помощи Hallmark Health (далее - Программа). По Вашему запросу, мы пересмотрели предыдущее решение по вашему заявлению и пришли к выводу, что, согласно уровню Ваших доходов, Вы не можете претендовать на получение финансовой помощи в рамках данной Программы.

Если Вы все же не согласны с данным решением и хотели бы обсудить механизм платежей, пожалуйста, обратитесь к консультантам по финансовым вопросам.

С уважением,

Имя
Должность, Телефон

Ориг.



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Уведомление об отказе - Общее]

Месяц День, Год

имя
адрес
город, штат, индекс

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая) :

Благодарим Вас за подачу заявление на получение финансовой поддержки для оплаты счетов в рамках Программы финансовой помощи Hallmark Health (далее - Программа). Мы рассмотрели Ваше заявление и сопутствующую документацию и пришли к решению, что согласно уровню Ваших доходов, Вы не можете претендовать на получение льгот в рамках Программы.

Мы установили, что Ваш доход _____ на семью из _____ человек превышает лимит _____.

Если Вы не согласны с данным решением или Ваши финансовые обстоятельства изменились, мы будем рады пересмотреть Ваше заявление в свете новой информации, которую Вы предоставите. Если у Вас возникнут вопросы, пожалуйста, обратитесь за помощью к финансовому консультанту.

С уважением,

Имя
Должность, Телефон

Ориг.



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Уведомление об отказе - Незаполненное заявление]

Месяц День, Год

имя
адрес
город, штат, индекс

Номер счета пациента

Уважаемый(ая) :

Благодарим Вас за подачу заявления на получение финансовой поддержки для оплаты счетов в рамках Программы финансовой помощи Hallmark Health, которое Вы предоставили ___/___/_____. На сегодняшний день мы не получили необходимую сопутствующую документацию для рассмотрения Вашего заявления, и таким образом, вынуждены Вам отказать.

Как только Вы предоставите необходимую подтверждающую документацию, Вы можете снова подать заявление на рассмотрение. Если у Вас возникнут вопросы, пожалуйста, обратитесь за помощью к финансовому консультанту.

С уважением,

Имя
Должность, Телефон

Ориг.



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Уведомление об отказе - Услуги не доступны]

Месяц День, Год

имя
адрес
город, штат, индекс

Номер счета пациента:

Уважаемый(ая) :

Благодарим Вас за подачу заявление на получение финансовой поддержки для оплаты счетов в рамках Программы финансовой помощи Hallmark Health, которое Вы предоставили ___/___/_____. К сожалению, вынуждены сообщить, что услуги, предоставленные Вам от ___/___/_____, не являются необходимыми с медицинской точки зрения и, таким образом, не оплачиваются в рамках Программы. Пожалуйста, произведите платежи в сроки, чтобы избежать дополнительных мер по взысканию задолженностей.

Если Вы не согласны с данным решением или же у Вас возникли вопросы, пожалуйста, обратитесь за помощью к финансовому консультанту.

С уважением,

Имя
Должность, Телефон

Ориг.