

Política de Asistencia Financiera

Sistema Hallmark Health

Índice

I.	Propósito.....	2
II.	Definiciones	2
III.	Provisiones generales	2
	a. Entidades Participantes	2
	b. Los pacientes de Hallmark Health Sin Seguro o Con Seguro Insuficiente se definen cómo:	2
	c. Responsabilidades del Paciente:.....	3
	d. Asistencia y Asesoramiento Financiero de Hallmark Health:.....	3
IV.	Programas de descuento para pacientes de Hallmark Health	3
	a. Hallmark Health ofrece los siguientes programas de descuento para pacientes:.....	3
	b. Proceso de Solicitud y Selección:	4
	c. Aprobación de Cobertura:	4
	d. Limitaciones de Ingresos del Paciente:	4
	e. Servicios Elegibles:.....	4
	f. Exclusiones:.....	4
	g. Descuento de Hallmark Health para Pacientes con Bajos Ingresos:	4
	h. Descuento de Hallmark Health por Dificultades Médicas:	5
	i. Políticas de descuento de Hallmark Health para Pacientes Sin Seguro o con Seguro Insuficiente:	5
	j. Bases para calcular las cantidades cobradas a los pacientes:	5
V.	Plan de pago	5
VI.	Incumplimiento de Pago	6
VII.	Publicación y difusión de la FAP	6
	a. Información sobre los asesores financieros de Hallmark Health, quienes ofrecen asesoría y asistencia financiera, e información sobre las políticas de asistencia financiera se pueden conseguir en la web en https://www.hallmarkhealth.org/financial-counseling-and-billing.html	6
	b. Publicaciones en internet.....	6
	c. El hospital difunde ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera bajo esta política de las siguientes maneras:.....	6
VIII.	Otras provisiones:.....	7
	a. Deuda Incobrable de Medicare:.....	7
	b. Evaluación caso-por-caso:.....	7
IX.	Aprobación de la junta.....	7

Política de Asistencia Financiera de Hallmark Health

I. Propósito

Hallmark Health, referido comúnmente como "Hospital" a lo largo de esta política, está comprometido a proporcionar servicios de salud de calidad a la comunidad. El Hospital provee los servicios médicamente necesarios a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pago. El Hospital no discriminará por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, origen, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad, discapacidad, abuso de sustancias, condición socioeconómica, falta de seguro o apariencia física en la prestación de sus servicios. Con el fin de proporcionar servicios de alta calidad y apoyar las necesidades de su comunidad, Hallmark Health debe mantener una base financiera viable que incluya la recolección oportuna de sus cuentas por cobrar.

Hallmark Health reconoce que algunos pacientes tienen medios limitados y pueden no tener acceso a la cobertura de seguro en todos los servicios. Esta política se ha desarrollado para informar a los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente que tengan recursos financieros limitados de los diversos programas de asistencia financiera del Hospital que podrían estar disponibles para ellos.

Se espera que los pacientes que posean los recursos paguen por los servicios proporcionados por Hallmark Health. Esta política supone que los pacientes que tienen acceso a un seguro asequible solicitarán y mantendrán su cobertura. Los programas de asistencia financiera de Hallmark Health están destinados principalmente a pacientes que no tienen seguro médico de una fuente pública (por ejemplo, Medicare o Medicaid) o privada (por ejemplo, Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim, etc.) y tienen necesidades financieras insatisfechas. Si se cumple con los criterios aplicables, los descuentos de Hallmark Health pueden estar disponibles para pacientes con necesidades financieras demostrables por ingresos limitados o en caso de que las facturas médicas representen una porción excesiva de sus ingresos.

II. Definiciones

Servicios de emergencia: servicios médicamente necesarios provistos después de la aparición de una condición médica, física o mental, manifestándose por síntomas de severidad suficiente, incluyendo dolor intenso, de manera que la ausencia de atención médica oportuna haga que una persona que posea un conocimiento promedio de salud y medicina considere que pueda poner en peligro la salud de esta u otra persona, tener un deterioro grave de la función corporal o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o, se trate de una mujer embarazada, como se define en el 42 U.S.C. § 1395dd (e) (1) (B). Un examen médico de detección y cualquier tratamiento de estabilización para una condición médica de emergencia, incluye, pero no se limita a la atención médica a pacientes hospitalizados o cualquier otro servicio prestado en la medida requerida por la Ley de Tratamiento y Trabajo Médico de Emergencia (EMTALA, por sus siglas en inglés) (42 U.S.C. § 1395 (dd)), califica como servicio de emergencia.

Servicios de urgencia: servicios médicamente necesarios provistos después de una enfermedad súbita, física o mental, manifestándose por síntomas agudos de severidad suficiente (incluyendo dolor severo) con los que una persona juiciosa considere que la ausencia de atención médica en 24 horas podría poner en peligro la salud del paciente, causar deterioro de la función corporal o disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de urgencia se proporcionan para las condiciones que no son peligrosas para la vida y no suponen un alto riesgo de daño grave a la salud del individuo.

Servicios médicamente necesarios que no son de emergencia ni urgencia: servicios que no cumplen con la definición de servicios urgentes o de emergencia, pero que son médicamente necesarios. El paciente normalmente, pero no exclusivamente, programa estos servicios con antelación.

Servicios médicamente no necesarios: un procedimiento, prueba o servicio que no afecta la calidad de la salud o que no requiere atención de emergencia o urgente.

III. Provisiones Generales

a. Entidades Participantes

Esta política aplica a los servicios entregados y facturados por el Hospital en las ubicaciones establecidas en el Apéndice A- Ubicación de Hallmark Health, Entidades Participantes. Esta póliza no aplica a servicios entregados y facturados por entidades enumeradas en el Apéndice B- Lista de afiliados a Hallmark Health, Entidades no Participantes, incluso en caso de que dichos servicios puedan ser prestados en ubicaciones del Hospital que figuran en el Apéndice A.

b. Los pacientes Sin Seguro o con Seguro Insuficiente de Hallmark Health se definen cómo:

1. Pacientes sin seguro de salud ("sin seguro médico");
2. Pacientes cuyo único "seguro" es la Red de Seguridad de Salud de Massachusetts;

Política de Asistencia Financiera de Hallmark Health

3. Pacientes que tienen saldos resultantes de haber "agotado" los beneficios bajo su plan de seguro; o
 4. Pacientes cuyo saldo resulta de servicios "no cubiertos" en los que el seguro ha determinado que el paciente es plenamente responsable de los cargos asociados con los servicios excluidos. Esto incluye servicios en los que el asegurador negó la cobertura debido a la limitación en la red del asegurador.
- c. Responsabilidades del Paciente:
- i. El paciente tiene una serie de responsabilidades que cumplir con el fin de calificar para la asistencia del Hospital en virtud de esta política, incluyendo:
 1. Obligación de obtener y mantener la cobertura del seguro, si la cobertura asequible está disponible;
 2. Obligación de solicitar cualquier programa de seguro del gobierno al que puedan calificar;
 3. Obligación de presentar, de manera oportuna, toda la documentación que se solicite de ingresos, bienes, identidad y residencia requerida para inscribirse en la cobertura estatal y / o para completar la solicitud de asistencia financiera de Hallmark Health;
 4. Obligación de mantener al Hospital informado de su información demográfica y de seguros actual; y
 5. Obligación de pagar todos los saldos de acuerdo a los plazos acordados.
- d. Asistencia y Asesoramiento Financiero de Hallmark Health:
- i. Los coordinadores de seguros revisan de manera proactiva a los pacientes identificados como no asegurados o sin seguro médico programados para el servicio y coordinan con los pacientes y los asesores financieros de Hallmark Health la programación citas para discutir opciones de asistencia financiera.
 - ii. Los pacientes también son referidos a asesores financieros de los departamentos de Hallmark Health.
 - iii. Los asesores financieros examinan a los pacientes para obtener la cobertura de seguro público y/o privado.
 1. Hallmark Health examina a los pacientes para los programas estatales y federales elegibles. Para ser elegible para descuentos bajo esta póliza, los pacientes pueden tener que solicitar una variedad de programas estatales y federales, incluyendo, pero no limitado a MassHealth y/o Medicare.
 2. Si el paciente cumple con las pautas públicas de elegibilidad, los asesores financieros asesorarán sobre el proceso de solicitud y ayudarán al paciente con la solicitud cuando sea posible.
 3. Si el paciente no cumple con las pautas públicas de elegibilidad (es decir, basado en su nivel de pobreza federal ("FPL", por sus siglas en inglés), estatus migratorio, etc.), no es elegible para algún programa público disponible, o si el programa público no cubrirá completamente el costo, los asesores financieros le informarán sobre sus opciones de cobertura privada y examinarán al paciente para su elegibilidad bajo el Programa de descuento de asistencia financiera de Hallmark Health (Sección IV a continuación).

IV. Programas de Descuento para Pacientes de Hallmark Health

- a. Hallmark Health ofrece los siguientes programas de descuento para pacientes:
 - i. Descuento para pacientes de bajos ingresos, calificado por los umbrales FPL de Hallmark Health (Sección IV(g)).
 - ii. Descuento por dificultades médicas, según los umbrales de Hallmark Health (Sección IV(h)).
 - iii. Descuento para personas sin seguro o con seguro insuficiente (Sección IV(i)).

Los descuentos bajo este programa pueden ser otorgados a todos los saldos con la responsabilidad de que el paciente cumpla con los umbrales determinados de Hallmark Health señalados en Apéndice C - Cantidades de descuento para asistencia financiera de Hallmark, excluyendo copagos, deducibles y coaseguro de los pacientes. Si los pacientes califican para múltiples programas de descuento, se otorgará el programa con el mayor descuento.

Los descuentos no se basarán en ninguna relación que el paciente o su familia puedan tener con cualquier empleado del Hospital o miembro del cuerpo de gobierno. Los descuentos no se extenderán sobre la base de cualquier consideración de "cortesía profesional" para un médico o su familia. No se ofrecerán descuentos a los pacientes para inducir al paciente a recibir servicios o vincularlo de alguna manera a la generación de servicios que sean pagados por un programa federal de atención médica ni serán canjeables por dinero en efectivo, artículos o servicios proporcionados por el Hospital o cualquier otra entidad de Hallmark Health (esto incluye descuentos a la tienda de regalos, cafetería, etc.).

Política de Asistencia Financiera de Hallmark Health

b. Proceso de Solicitud y Selección:

- i. Los pacientes deben presentar una solicitud de asistencia financiera de Hallmark Health llenada (Apéndice D) junto con la documentación de apoyo necesaria para ser considerados para la asistencia. La documentación necesaria puede incluir, pero no se limita a comprobantes de: (1) ingresos anuales del hogar (talones de cheques, registro de pagos de seguridad social y una carta del empleador, declaraciones de impuestos o estados bancarios), (3) estatus migratorio para no ciudadanos (si es aplicable), (4) activos de aquellas personas mayores de 65 años e (5) información sobre seguros, incluyendo cobertura de beneficios y limitaciones de la red. Toda la documentación de apoyo debe ser presentada dentro de los 30 días de la presentación inicial de la solicitud para que la solicitud sea considerada por el Hospital.
- ii. Las solicitudes confidenciales pueden ser presentadas al Hospital por menores y personas abusadas. Tales individuos deben comunicarse con los asesores financieros.
- iii. Hallmark Health no toma en cuenta las determinaciones previas de elegibilidad de asistencia financiera de Hallmark Health para realizar su determinación en la solicitud de asistencia financiera de un paciente.
- iv. Hallmark Health se reserva el derecho de verificar nuevamente la elegibilidad para descuentos cada seis meses.

c. Aprobación de Cobertura:

- i. El Hospital notificará a los pacientes por escrito las decisiones de elegibilidad para el programa de Hallmark Health. Referencia en Apéndice E- Notificaciones de determinación de elegibilidad para el programa de Hallmark Health.
- ii. El Hospital se reserva el derecho de denegar las solicitudes si no se recibe oportunamente toda la documentación de apoyo.
- iii. Las apelaciones de las determinaciones de elegibilidad del programa pueden ser reconsideradas si un solicitante proporciona al Hospital nueva información.

d. Limitaciones de Ingresos del Paciente:

- i. Para los residentes de los Estados Unidos, los FPL más recientes para el ingreso total de la familia se utilizarán como determinante primario de los descuentos descritos en la Sección IV (g) y en la Sección IV (h).
- ii. Los residentes no estadounidenses y los residentes de los Estados Unidos que cumplan con los requisitos de la Sección III (c) de esta póliza, pero que no cumplan con los criterios de calificación FPL, pueden tener derecho al descuento a no asegurados o con seguro insuficiente como se describe a continuación en la Sección IV (i).
- iii. Todos los pacientes que cumplan con los requisitos de la Sección III (c) de esta póliza pueden calificar para un descuento por dificultades médicas de Hallmark Health como se indica a continuación en la Sección IV (h).

e. Servicios Elegibles:

- i. Esta política generalmente se limita a servicios médicamente necesarios proporcionados y facturados por Hallmark Health, incluyendo:
 1. Servicios de emergencia;
 2. Servicios de urgencia; y
 3. Servicios que no son de emergencia ni urgencia.

f. Exclusiones:

- i. Hallmark Health no provee asistencia financiera para los Servicios médicamente no necesarios ya que tales servicios son determinados por el médico. Ejemplos de servicios que no son elegibles para asistencia financiera del Hospital incluyen, pero no se limitan a: servicios no médicos (por ejemplo, sociales, educativos, vocacionales, cirugía estética, investigación u otros). La determinación de los servicios que se consideran elegibles para los propósitos de esta política reside únicamente en el Hospital.
- ii. Hallmark Health no suele ofrecer descuentos a los pacientes por servicios que no son de emergencia ni urgencia, donde la necesidad del cuidado fue anticipada por el paciente y el paciente llegó a Hallmark Health desde fuera del área de servicio para recibir atención cuando los servicios se ofrecen dentro del área de servicio del paciente.
- iii. Los co-pagos de los pacientes, los deducibles y el coaseguro están excluidos de cobertura bajo esta póliza.

g. Descuento de Hallmark Health para Pacientes con Bajos Ingresos:

- i. Para los residentes de los Estados Unidos, los FPL más recientemente publicados para el ingreso total de la familia se utilizarán como determinante primario. Los descuentos basados únicamente en los ingresos se limitan generalmente a los pacientes con ingresos familiares inferiores al 301% del FPL.

Política de Asistencia Financiera de Hallmark Health

- ii. A los pacientes que cumplan con este umbral se le ofrecerá un descuento igual o superior a la tasa de la Cuota Generalmente Facturada (CGF) como se describe a continuación en la Sección IV (j).
 - iii. La determinación de este descuento es responsabilidad de Hallmark Health.
 - iv. Consulte el Apéndice C y el Apéndice D para obtener detalles adicionales.
- h. Descuento de Hallmark Health por dificultades médicas:
- i. Los pacientes que no cumplan con los requisitos de FPL necesarios para calificar para el descuento de Hallmark Health para pacientes con bajos ingresos pueden calificar para un descuento si pueden demostrar que sus gastos médicos exceden el 20% de su ingreso familiar. Los gastos deben haber ocurrido en los 12 meses anteriores y están limitados a aquellos gastos que podrían calificar como un gasto médico bajo las regulaciones del servicio de impuestos internos.
 - ii. La determinación de este descuento es responsabilidad de Hallmark Health.
 - iii. Consulte el Apéndice C y el Apéndice D para obtener detalles adicionales.
- i. Políticas de Descuento de Hallmark Health para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente:
- i. Hallmark Health ofrecerá un descuento a los pacientes de todos los niveles de ingresos independientemente de su residencia, que reúnan los requisitos para "Pacientes no asegurados o con seguro insuficiente" enumerados en la Sección III (b), y cumplan con las responsabilidades del paciente de la Sección III (c) y que hayan completado la solicitud de asistencia financiera de Hallmark Health.
 - ii. Todos los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente que cumplan con las condiciones de esta póliza son elegibles para un descuento de hasta 40% en servicios elegibles al realizar el pago o si se acuerda un plan de pago dentro de los 30 días de la factura inicial.
 - 1. Para los servicios que no son de emergencia ni urgencia, el pago debe hacerse en su totalidad, o acordarse un plan de pago, antes de la entrega del servicio. Si los cargos reales exceden la estimación, el paciente debe pagar cualquier cantidad adicional debida dentro de los 30 días de la factura inicial.
 - a. Si los cargos adicionales no se pagan de manera oportuna, el acuerdo de descuento completo se puede revertir y se facturará al paciente los cargos completos.
 - 2. Para servicios de emergencia o urgencia, se debe hacer el pago, o acordarse un plan de pago, dentro de los 30 días de la factura inicial.
 - iii. Al evaluar si se otorga un descuento bajo esta póliza, Hallmark Health puede tener en cuenta si un paciente está actualizado en todos los saldos pendientes.
- j. Bases para calcular las cantidades cobradas a los pacientes:
- i. Tras la determinación de la elegibilidad de un paciente para los programas de descuento establecidos en la Sección IV (g) o en la Sección IV (h) anterior, el Hospital no cobrará más por los servicios elegibles que la Cuota Generalmente Facturada ("CGF").
 - ii. Hallmark Health determina la CGF dividiendo primero el total de pagos entre los cargos totales de todos los planes comerciales y Honorarios Por Servicios de Medicare (HPS) y de los planes administrados por Medicare en conjunto para el año fiscal anterior para determinar el Pago por Factor de Cuenta (PFC) para el año fiscal anterior. Esto generalmente se hace en octubre, cuando los datos más precisos de los planes de salud están disponibles. El descuento mínimo de Hallmark Health para pacientes con bajos ingresos es igual al inverso del PFC del año anterior, que es el CGF.
 - iii. Por ejemplo, cálculo del CGF:
 - 1. Pago total de los planes comerciales, HPS de Medicare y planes administrados por Medicare: \$ 150
 - 2. Cargos totales de los planes comerciales, HPS de Medicare y planes gestionados por Medicare: \$350
 - 3. PFC: 42.28%
 - 4. El Descuento CGF de Hallmark Health para Pacientes con Bajos Ingresos: 57.72%
 - iv. El descuento mínimo de Hallmark Health para pacientes con bajos ingresos, que es el CGF, es efectivo el 10/1/2016 a un 57.72%. Estos se determinaron a partir de los HPS de los planes comerciales y de Medicare, y de los planes administrados por Medicare para el período del 10/1/2015 al 9/30/2016.

V. Plan de Pago

Se ofrecerán planes de pago sin interés para los servicios elegibles a todos los pacientes que cumplan con los criterios establecidos en la Sección III (c) anterior bajo petición. La aceptación final de un plan de pago está sujeta a una revisión completa del estado del

Política de Asistencia Financiera de Hallmark Health

paciente y su historial de pago. Hallmark Health procesará todos los planes de pago del paciente. Los planes de pago son supervisados por un proveedor externo. Se espera el cumplimiento completo del paciente si se acuerda un plan de pago. Si un paciente pierde dos pagos consecutivos, el plan de pago se cancela y el Hospital puede colocar la cuenta en Deuda Incobrable de acuerdo con los procedimientos y protecciones establecidos en la Política de Recaudación y Crédito del Hospital (disponible en <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>). Tras la notificación de parte del paciente del cambio en sus circunstancias financieras, el Hospital puede reevaluar la obligación de pago pendiente del paciente.

- a. Los pacientes que se ha determinado que son un Paciente de Bajos Ingresos o con Dificultades Médicas elegible para el Programa de la Red de Seguridad de Salud de Massachusetts (RSS) no están obligados a cumplir con los criterios establecidos en la Sección III (c) antes de que el Hospital ofrezca un plan de pago. Para los Pacientes de RSS de bajos ingresos o con Dificultades Médicas con un saldo de \$1,000 o menos, dicho plan de pago será de por lo menos un año con un plan sin intereses con un pago mínimo de no más de \$25 por mes. Para RSS de Bajos Ingresos o Pacientes con Dificultades Médicas con un saldo de \$1,000 o más, dicho plan de pago será de por lo menos dos años sin intereses.

VI. Incumplimiento de Pago

VII. El Hospital mantiene una política separada de Crédito y Cobranza que aborda las acciones que el Hospital puede tomar en caso de impago e incluye una lista de pacientes que pueden ser protegidos bajo la ley estatal de cualquier acción de cobro. Antes de emprender cualquier acción extraordinaria de recolección bajo tal póliza, el Hospital hará un esfuerzo razonable por calificar a un paciente para asistencia financiera bajo esta política notificando al paciente por escrito sobre los programas de asistencia disponibles y ayudando a tal individuo a completar el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health. La política separada de crédito y cobro del Hospital está disponible para los miembros del público en el sitio web del Hospital en <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.

VIII. Publicación y Difusión de la PAF

- a. Información sobre los Asesores Financieros de Hallmark Health's Financial, quienes ofrecen asesoría y asistencia financiera, e información sobre las Políticas de Asistencia Financiera se pueden obtener en la web en <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing.html>.
 - i. Para programar una cita con un Asesor Financiero por teléfono, puede llamar al: 781-338-7111.
 - ii. Los Asesores Financieros de Hallmark Health están ubicados en las siguientes ubicaciones de Hallmark Health:
 1. Melrose-Wakefield Hospital, 1er Piso cerca de la entrada de Porter Street, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 2. Lawrence Memorial Hospital, junto al Departamento de Emergencias, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
- b. Publicaciones en Internet
 - i. Además de estar disponible a través de los Asesores Financieros de Hallmark Health, la política de Asistencia Financiera de Hallmark Health, los formularios de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo están disponibles en: <https://www.hallmarkhealth.org/Financial-Counseling-and-Billing/Financial-Assistance-Policies.html>.
 1. También se puede acceder a este sitio web desde la página principal de Hallmark Health (<https://www.hallmarkhealth.org/>) seleccionando Paciente / Visitante ➔Asesoramiento Financiero y Facturación ➔ Políticas de Asistencia Financiera.
 2. El sitio web incluye formularios en los que los pacientes pueden solicitar asistencia del Hospital, incluyendo una lista de ubicaciones de Asesores Financieros y un número de teléfono central para programar una cita con un asesor financiero. El sitio web informa a los pacientes que los formularios de solicitud y la asistencia financiera son gratuitos.
- c. El Hospital difunde ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera bajo esta política de las siguientes maneras:
 - i. En todos los portales de entrada y otras áreas de alto tráfico, se colocan letreros grandes y visibles (8 "X 14"), incluyendo el Departamento de Emergencias, la Coordinación Financiera y el Servicio al Cliente.

Política de Asistencia Financiera de Hallmark Health

- ii. Folletos con lenguaje sencillo que anuncian la disponibilidad de las opciones de asistencia financiera de Hallmark Health se muestran en el Departamento de Emergencias y en las áreas de admisión.
- iii. El resumen en lenguaje sencillo de la PAF está disponible para los pacientes como parte del proceso de admisión y alta del Hospital.
- iv. Se ponen a disposición de los pacientes que solicitan una copia, en persona o por correo, y para cualquier paciente que tenga preguntas específicas, copias de la política de PAF del Hospital, solicitudes y el resumen en lenguaje sencillo.
- v. Los materiales, incluida la política, el formulario de solicitud y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles en inglés, chino, español, vietnamita, portugués, ruso, griego, hindi, italiano, criollo y árabe.
- vi. El personal del programa en la comunidad hospitalaria recibe educación acerca de la PAF y se les instruye para informar y notificar a sus miembros de la comunidad sobre la disponibilidad de asistencia financiera en Hallmark Health.

VIII. Otras Provisiones:

a. Deuda Incobrable de Medicare:

- i. Esta póliza también puede usarse para verificar la indigencia de un paciente con el propósito de calificar sus saldos como resultado de un coaseguro o deducible de servicios cubiertos por Medicare donde la Deuda Incobrable de Medicare sea aplicable. Los determinantes serán el ingreso actual del paciente de los niveles de activos reportados. Para calificar, el paciente debe tener un ingreso de menos del 201% del FPL y activos de menos de \$10,000 para el primer miembro de la familia, con \$3,000 adicionales permitidos para cada miembro adicional de la familia. Las determinaciones de activos nunca incluirán la residencia principal o el automóvil primario. La presentación por el paciente de una Solicitud de Asistencia Financiera de Hallmark Health será prueba de que el paciente tiene una incapacidad de usar activos para pagar sus saldos pendientes.

b. Evaluación Caso-Por-Caso:

- i. Los pacientes son alentados a llevar sus situaciones financieras únicas a la atención de Asesores Financieros o Cuentas de Pacientes. Hallmark Health puede extender los descuentos más allá de las provisiones de esta política caso por caso para reconocer casos únicos de dificultades financieras.
- ii. Los descuentos existentes que van más allá de esta política pueden ser honrados con la aprobación del CFO del Hospital.

IX. Junta de Aprobación

La PAF de Hallmark Health fue aprobada por el Consejo de Fideicomisarios de Hallmark Health el 27 de julio de 2017.

Apéndice A– Ubicaciones de Hallmark Health, Entidades Participantes

Esta política de asistencia financiera se aplica a los servicios prestados y facturados por Hallmark Health en los siguientes lugares:

1. Campus del Hospital Melrose-Wakefield, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
2. Campus del Hospital Memorial Lawrence, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
 - a. Centro de Atención a Urgencias del Hospital Lawrence Memorial, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
3. Centro de Hematología y Oncología del Sistema Hallmark Health, 41 Montvale Avenue, 3er, 4to, y 5to Pisos, Stoneham, MA 02180.
4. Hallmark Health en 101 Main, 101 Main Street, Medford, MA 02155
 - a. Servicios de Rehabilitación en Hospital Lawrence Memorial, Suites 105 y 106.
 - b. Servicios de Asesoría Comunitaria, Suite 112.
 - c. Servicios Médicos del Lawrence Memorial, Suites 113, 114, y 116.
 - d. Médicos Familiares Asociados, Suites 213, 214, y 215.
5. Centro de Asesoría Comunitaria, Malden Family Health Center, 178 Savin Street, 2do Piso, Malden, MA 02148.
6. Centro de Imágenes para Mujeres Health Image, 830 Main Street, 3er Piso, Melrose, MA 02176.
7. Centro para Radio-Oncología y RMN Chem, 48 Montvale Avenue, Stoneham, MA 02180.
8. Centro de Exámenes de Diagnóstico y Rehabilitación de Pacientes Externos Hallmark Health, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
 - a. Centro de Atención a Urgencias Reading, 30 Newcrossing Road, Reading, MA 01867.
9. Servicios de Rehabilitación del Hospital Melrose-Wakefield, 22 Corey Street, Melrose, MA 02176.

Apéndice B: Lista de Proveedores Afiliados a Hallmark Health, Entidades No Participantes

Cada uno de estos proveedores o grupos de proveedores presta servicios en la ubicación de un hospital, sin embargo, sus facturas y cargos no están cubiertos bajo la Política de asistencia financiera de Hallmark Health (PAF). La PAF de Hallmark Health excluye los servicios entregados y facturados por las siguientes entidades asociadas con Hallmark Health:

1. Organización de Médicos de Hallmark Health, Médicos Asociados a Hallmark Health.
2. Patología Hallmark, P.C.
3. Asociados de Imagen Hallmark, P.C.
4. Los departamentos donde un paciente puede ser visto por un proveedor no cubierto por la PAF son: Cardiología, Endocrinología, Gastroenterología, Radiología / Hematología / Oncología, Enfermedades Infecciosas, Medicina Interna, Ginecología y Obstetricia, Nefrología, Podología, Pulmonar, Reumatología, Medicina del Sueño, Cirugía, Urología, Cuidado de heridas.
5. Médicos de Emergencia de Melrose-Wakefield, Inc.
 - a. Médicos en los departamentos de emergencia de Hallmark Health ubicados en Hospital Lawrence Memorial en 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 y Hospital Melrose-Wakefield en 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 - b. Médicos en los Centros de Atención de Urgencia del Sistema de Hallmark Health están ubicados en 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 y 30 New Crossing Road, Reading, MA 01867.
6. Asociados de Medicina Hospitalaria (Equipo de Salud).
 - a. Hospitalistas de Hallmark Health están ubicados en Lawrence Memorial Hospital en 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155 y Melrose-Wakefield Hospital en 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
7. Anestesia Metropolitana.
8. Asociados a Cardiología Mystic Inc., incluyendo al Dr. Conway, el Dr. Pladziewicz y el Dr. Samenuk.
9. Grupo Médico Mystic, incluyendo al Dr. Weinstein.
10. Litotripsia de Nueva Inglaterra UMS.
11. Asociados a Cardiología, Inc.
12. Centro Médico Tufts, Inc. (f/k/a Fundación para el Cuidado de la Salud de Nueva Inglaterra, Inc.)
13. Eliot.
14. Pediatrix.
15. Cuidado domiciliario regional.

Todos los médicos y organizaciones de médicos asociados a Hallmark Health, incluidos los proveedores establecidos anteriormente, son alentados, pero no obligados, a seguir la política de asistencia financiera de Hallmark Health

Apéndice C: Montos de Descuento por Asistencia Financiera Hallmark Health

Tamaño de Familia	100% FPL	Hasta 150% FPL	Hasta 300% FPL	Mayor al 301 % FPL
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 Persona > 8	\$4,180	\$6,270	\$12,540	\$12,541
Descuento		100%	58%	40%
Pago Esperado del Paciente		0%	42%	60%

FPL se define como Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) publicado en enero de 2017, según lo define el Registro Federal.



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Solicitud de Asistencia Financiera

Hallmark Health se enorgullece de proporcionar el mejor cuidado para cada paciente. Hallmark Health ofrece asistencia financiera a través de su Política de Asistencia Financiera a los pacientes que no pueden pagar por atención médica de emergencia o médicamente necesaria. La Asistencia Financiera de Hallmark Health no está destinada a cubrir la atención no urgente y que no sea de emergencia. No se pretende proporcionar descuentos en co-pagos de seguro, co-aseguro o deducibles.

Se espera que los pacientes que tengan los medios paguen por los servicios recibidos en Hallmark Health. Sin embargo, la elegibilidad para la ayuda financiera está disponible para usted. Se recomienda encarecidamente a los pacientes que soliciten algún programa de asistencia gubernamental disponible, como MassHealth o la Red de Seguridad en Salud, antes de solicitar el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health. Si no solicita un programa de asistencia gubernamental al que este potencialmente calificado, podría resultar en una demora o denegación de su solicitud. Si necesita ayuda para solicitar programas de asistencia gubernamental, uno de nuestros asesores financieros de Hallmark Health puede ayudarlo.

Su calificación para los programas de asistencia financiera depende del llenado completo y preciso de esta solicitud de asistencia financiera.

Instrucciones de solicitud

Complete la Solicitud de Asistencia Financiera en su totalidad e incluya copias de los siguientes documentos para todos los solicitantes. Si no entrega todos los documentos necesarios dentro de los 30 días, la solicitud será denegada. Por favor adjunte copias de cualquier documento enviado ya que desafortunadamente no pueden ser devueltos.

- Complete todas las secciones aplicables de la solicitud y asegúrese de firmar la declaración jurada en la página 4.
- Incluya una copia de su licencia de conducir, otra identificación con foto o documentos que verifiquen su residencia actual. Cualquier cosa presentada debe incluir su nombre y dirección actual.
- Incluya una copia de su (s) tarjeta (s) de seguro.
- Incluya alguna forma de verificación de ingresos:
 - Incluya una copia de su W2 más reciente (s) o talonarios de pago (4 si se le paga semanalmente, 2 si se le paga cada dos semanas)
 - Si ha habido un cambio reciente en sus ingresos, incluya documentación como declaraciones de desempleo, estados de cuenta bancarios / de inversión, estados de atención a largo plazo, estados de pensión y / o estados de seguridad social.
- Si el paciente fallece, proporcione una copia del certificado de defunción y una carta que indique el estado de la herencia.

Asesores Financieros:

Para obtener ayuda para completar su solicitud, póngase en contacto al **781-338-7111** para programar una cita con uno de los Asesores Financieros de Hallmark Health. Los Asesores Financieros están ubicados en: Melrose-Wakefield Hospital, 585 Lebanon Street, 1er Piso cerca de la entrada de Porter Street, Melrose o Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, cerca del Departamento de Emergencias, Medford.

Envíe su solicitud completa a:

Hallmark Health
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Parte I: Sobre el Paciente		
Nombre del Paciente:		
Fecha de Nacimiento del Paciente:	NSS del Paciente:	Teléfono.:
Domicilio Actual:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
¿Es un ciudadano americano? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
En caso de que no, ¿Es usted un residente permanente, que reside legalmente en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
Información del solicitante (si es diferente a la información del paciente anterior)		
El solicitante es el paciente o la persona que es financieramente responsable del paciente.		
Nombre del solicitante:		
Dirección actual del solicitante:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Teléfono del Solicitante:		
Acerca del hogar del paciente		
Haga una lista de los miembros del hogar, fecha de nacimiento y relación con el solicitante. Un miembro del hogar es una persona que está relacionada con usted o vivió con usted durante todo el año como miembro de su hogar y es mencionado en su declaración de impuestos.		
Miembro del hogar 1:		
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
Miembro del hogar 2:		
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
Miembro del hogar 3:		
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
Miembro del hogar 4:		
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
Miembro del hogar 5:		
Fecha de nacimiento:	Relación con el paciente:	
Parte 2: Información sobre el Seguro del Paciente		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Ha presentado una solicitud de Medicaid en los últimos seis (6) meses?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Tiene una solicitud de Medicaid pendiente o aprobada?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Su solicitud de Medicaid ha sido rechazada?		
<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO ¿Tiene seguro médico?		
Información del Seguro Primario:		
Nombre del seguro:		
Dirección del seguro:		
Póliza/ID#:	Grupo #:	
Nombre del Suscriptor:		
Fecha de nacimiento del suscriptor:	Relación con el suscriptor:	
Empleado del suscriptor:	Fecha de vigencia:	
Información del Seguro Secundario		
Nombre del seguro:		
Dirección del seguro:		
Póliza/ID#:	Grupo #:	
Suscriptor:	Fecha de nacimiento del suscriptor:	
Relación con el suscriptor:	Empleado del suscriptor:	
Fecha de vigencia:		

Parte 3: Ingresos y Activos Mensuales Netos

Por favor complete esta parte acerca de los ingresos y bienes ganados por el paciente y por cada miembro de la familia que aparece en la Sección 1 que labore. Por favor, anote el ingreso neto, que es el ingreso antes de impuestos y deducciones.

	Paciente	Miembro del hogar 1	Miembro del hogar 2	Miembro del hogar 3	Miembro del hogar 4	Miembro del hogar 5
Salario/Propinas						
Compensación por desempleo						
Seguridad Social						
Ayuda para Hijos + Pensión Alimenticia						
Ingreso por cuenta propia, después de los gastos						
Intereses/Dividendos						
Pensión						
IRA/Acciones/Bonos						
Ingresos de alquiler						
Pagos en fideicomiso						
Compensación de Trabajadores						
Beneficios para Veteranos						

Falta de Estado de Ingresos

SI NO Si el ingreso del hogar es cero, ¿hay alguien que lo apoye?

Si usted contestó sí arriba, y usted está siendo financiado por otra persona, por favor haga que complete y firme la declaración a continuación.

Nombre del paciente: _____, actualmente no tiene ingresos. Actualmente estoy apoyándolos con comida, refugio y cualquier ropa necesaria. También les doy ayuda financiera por la cantidad de \$ _____ en promedio por mes.

Firma del donante de la ayuda: _____ Fecha: _____

Activos del hogar

Haga una lista de cualquier información de cuentas de cheques o de ahorro a continuación.

Tipo de Cuenta	Institución Bancaria	Saldo de _____

Otros Activos Contables del Hogar

Haga una lista de la información que tiene para cualquiera de los siguientes tipos de cuentas.

Tipo de Cuenta	Institución Bancaria	Saldo de _____
Acciones / Bonos		
Certificado de deposito		
Bonos de ahorro de EE.UU.		
Cuenta de ahorros para la salud		
Certificado de ahorro		
Clubes de Navidad o vacaciones		
Otro		



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

Parte 4: Dificultades Médicas

Es posible que esta sección no sea aplicable a usted. Por favor complete esta sección si tiene facturas médicas importantes. Haga una lista de todos los gastos de Hallmark Health y otros proveedores. La documentación puede ser solicitada pero no es requerida en este momento.

Nombre del Proveedor	Total de Gastos Médicos	¿Con qué Frecuencia Ocurre el Costo?
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual

Parte 5: DECLARACIÓN JURADA - TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN FIRMAR

Todos los solicitantes **DEBEN** firmar la declaración jurada abajo para que su solicitud sea considerada.

Juro y afirmo que toda la información indicada en este formulario es verdadera, correcta y completa a lo mejor de mi capacidad, conocimiento y creencia. Estoy de acuerdo en reportar a Hallmark Health cualquier cambio en mis ingresos, recursos financieros u otra información indicada en este formulario que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera en Hallmark Health. Entiendo que mi crédito y otra información financiera pueden ser referenciados para verificar mi declaración y elegibilidad para el programa. Entiendo que tengo treinta (30) días para presentar documentación justificativa precisa y necesaria para ser considerado(a) para un descuento.

Las declaraciones fraudulentas del paciente con el propósito de obtener asistencia financiera serán enviadas a la Oficina del Procurador General de Massachusetts. Los pacientes que falsifiquen la solicitud del Programa ya no serán elegibles para el Programa y serán responsables de todos los cargos incurridos mientras estén inscritos en el Programa retroactivamente al primer día en que incurrieron los cargos en virtud del Programa.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

AFFIDAVIT - SOLAMENTE APLICABLE SI EL CÓNYUGE DEL SOLICITANTE ESTÁ SOLICITANDO

Si el Cónyuge del Solicitante también solicita asistencia financiera, el Cónyuge del Solicitante **DEBE** firmar la declaración jurada abajo para que su solicitud sea considerada.

Juro y afirmo que toda la información indicada en este formulario es verdadera, correcta y completa a lo mejor de mi capacidad y conocimiento y creencia. Estoy de acuerdo en reportar a Hallmark Health cualquier cambio en mis ingresos, recursos financieros u otra información indicada en este formulario que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera en Hallmark Health. Entiendo que mi crédito y otra información financiera puedan ser referenciados para verificar mi declaración y elegibilidad para el programa. Entiendo que tengo treinta (30) días para presentar documentación justificativa precisa y necesaria para ser considerado(a) para un descuento.

Las declaraciones fraudulentas del paciente con el propósito de obtener asistencia financiera serán enviadas a la Oficina del Procurador General de Massachusetts. Los pacientes que falsifiquen la solicitud del Programa ya no serán elegibles para el Programa y serán responsables de todos los cargos incurridos mientras estén inscritos en el Programa retroactivamente al primer día en que se incurrieron los cargos en virtud del Programa.

Firma del Solicitante: _____ Fecha: _____

PRUEBA E



Mes Día, Año

[Carta de Aprobación - Descuento parcial]

Mes Día, Año

Nombre

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Número de cuenta del paciente:

Estimado :

Gracias por su solicitud de asistencia con sus facturas bajo el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health (el "Programa"). Hemos revisado su solicitud y documentación de respaldo y hemos determinado que, de acuerdo con sus ingresos, usted es elegible para servicios de bajo costo del Programa.

Hemos determinado que sus ingresos son _____ para el tamaño de su familia que es de _____, lo que le califica para pagar solo _____ de nuestro cargo habitual. Las facturas de _____ por los servicios recibidos de _____ en __/__/____ se están reduciendo a _____. Nos pondremos en contacto con usted para ayudarle a hacer arreglos para los pagos sobre el saldo restante de la factura y le enviaremos una factura detallada a petición. Tenga en cuenta que el descuento de este Programa no se aplica a ningún co-pago, coaseguro o deducibles, los cuales continúan siendo su responsabilidad.

Esta aprobación estará vigente por un período de seis (6) meses. Si no está de acuerdo con esta decisión y cree que califica para una reducción adicional de sus cargos, comuníquese con el Asesor Financiero que se menciona a continuación.

Sinceramente,

Nombre

Título, Teléfono

Orig. 7/2017



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Carta de aprobación - 100% de descuento]

Mes Día, Año

Nombre

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Número de cuenta del paciente:

Estimado :

Gracias por su solicitud de asistencia con sus facturas bajo el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health (el "Programa"). Hemos revisado su solicitud y documentación de respaldo y hemos determinado que, de acuerdo con sus ingresos, usted es elegible para recibir los servicios del Programa sin costos para usted. Por lo tanto, estamos cancelando las facturas _____ de los servicios recibidos por el en __/__/____. Usted no debe recibir ninguna factura adicional de nosotros para estos servicios.

Esta aprobación estará vigente por un período de seis (6) meses. Si tiene alguna duda, comuníquese con el Asesor Financiero que se menciona a continuación.

Sinceramente,

Nombre

Título, Teléfono



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Carta de Re-determinación- Descuento parcial al 100% de descuento]

Mes Día, Año

Nombre

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Número de cuenta del paciente:

Estimado :

Escribimos en seguimiento a nuestra determinación original de __ / __ / ____ de que usted solo fue elegible para cargos reducidos bajo el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health (el "Programa"). A su solicitud, hemos reconsiderado nuestra decisión original sobre su solicitud y hemos determinado que, con base en sus ingresos, usted es elegible para recibir los servicios sin costo bajo el Programa. Por lo tanto, estamos cancelando las facturas de _____ por los servicios recibidos por el _____ en __/__/____. Usted no debe recibir ninguna factura adicional de nosotros para estos servicios. Esta aprobación estará vigente por un período de seis (6) meses. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Consejero Financiero que se menciona a continuación.

Sinceramente,

Nombre

Título, Teléfono



Melrose-Wakefield Hospital
Lawrence Memorial Hospital of Medford

[Carta de Re-determinación - No es Previamente Elegible al 100% de descuento]

Mes Día, Año

Nombre

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Número de cuenta del paciente:

Estimado :

Escribimos en seguimiento a nuestra determinación original de que usted no era elegible para asistencia financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health (el "Programa"). A su solicitud, hemos reconsiderado nuestra decisión original sobre su solicitud y hemos determinado que, con base en sus ingresos, usted es elegible para recibir los servicios sin costo bajo el Programa. Por lo tanto, estamos cancelando las facturas de _____ por los servicios recibidos por _____ en ___/___/____. Usted no debe recibir ninguna factura adicional de nosotros para estos servicios. Esta aprobación estará vigente por un período de seis (6) meses. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Consejero Financiero que se menciona a continuación.

Sinceramente,

Nombre

Título, Teléfono



[Carta de Re-determinación - No Elegible a Descuento Parcial]

Mes Día, Año

Nombre
Dirección
Ciudad, estado, código postal

Número de cuenta del paciente:

Estimado :

Escribimos en seguimiento a nuestra determinación original de que usted no era elegible para asistencia financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health (the "Program"). el "Programa"). A su solicitud, hemos reconsiderado nuestra decisión original y hemos determinado que, con base en sus ingresos, usted es elegible para recibir los servicios de bajo costo del Programa.

Hemos determinado que sus ingresos son _____ para el tamaño de su familia que es de _____ lo que le califica para pagar sólo _____ de nuestro cargo habitual. Las facturas de _____ por los servicios recibidos de _____ en ___/___/___ se están reduciendo a _____. Nos pondremos en contacto con usted para ayudarle a hacer arreglos para los pagos sobre el saldo restante de la factura y le enviaremos una factura detallada a petición. Tenga en cuenta que el descuento de este Programa no se aplica a ningún co-pago, coaseguro o deducibles, los cuales continúan siendo su responsabilidad.

Esta aprobación estará vigente por un período de seis (6) meses. Si no está de acuerdo con esta decisión y cree que califica para una reducción adicional de sus cargos, comuníquese con el Asesor Financiero que se menciona a continuación.

Sinceramente,

Nombre
Título, Teléfono

[Carta de Re-determinación - La Decisión Original se Mantiene- Parcial]

Mes Día, Año

Nombre

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Número de cuenta del paciente:

Estimado :

Escribimos en seguimiento a nuestra determinación original en __/__/____ de que usted solo fue elegible para costos reducidos bajo el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health (el "Programa"). A su solicitud, hemos reconsiderado nuestra decisión original sobre su solicitud y hemos determinado que, con base en sus ingresos, usted continúa siendo elegible para un descuento parcial bajo el Programa.

Como se señaló en nuestra carta de determinación original, las facturas de _____ por los servicios recibidos de _____ en __/__/____ están siendo reducidas a _____. Nos pondremos en contacto con usted para ayudarle a hacer arreglos para los pagos sobre el saldo restante de la factura y le enviaremos una factura detallada a petición. Tenga en cuenta que el descuento de este Programa no se aplica a ningún monto de copago, coaseguro o deducible, los cuales continúan siendo su responsabilidad.

Esta aprobación estará vigente por un período de seis (6) meses. Si continúa en desacuerdo con esta decisión, comuníquese con el Asesor Financiero que aparece a continuación.

Sinceramente,

Nombre
Título, Teléfono



[Carta de Re-determinación - La Decisión Original se Mantiene – No Elegible]
Mes Día, Año

Nombre
Dirección
Ciudad, estado, código postal

Número de cuenta del paciente:

Estimado :

Escribimos en seguimiento a nuestra determinación original en __/__/____ de que usted no era elegible para asistencia bajo el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health (el "Programa"). A su solicitud, hemos reconsiderado nuestra decisión original sobre su solicitud y hemos determinado que, de acuerdo con sus ingresos, usted no es elegible para asistencia bajo el Programa.

Si continúa en desacuerdo con esta decisión o desea discutir las opciones del acuerdo de pago, comuníquese con el Asesor Financiero que se menciona a continuación.

Sinceramente,

Nombre
Título, Teléfono

[Carta de Denegación - General]

Mes Día, Año

Nombre
Dirección
Ciudad, estado, código postal

Número de cuenta del paciente:

Estimado :

Gracias por su solicitud de asistencia con sus facturas bajo el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health (el “Programa”). Hemos revisado su solicitud y documentación de respaldo y hemos determinado que, de acuerdo con sus ingresos, usted no es elegible para un descuento bajo este Programa.

Hemos determinado que sus ingresos de _____ para el tamaño de su familia de _____ es superior al límite de _____.

Si no está de acuerdo con esta decisión o ha tenido recientemente un cambio en sus circunstancias, estaremos felices de reconsiderar su solicitud a la luz de cualquier nueva información que usted ofrezca. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Asesor Financiero que se menciona a continuación.

Sinceramente,

Nombre
Título, Teléfono

[Carta de Denegación - Aplicación incompleta]

Mes Día, Año

Nombre

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Número de cuenta del paciente:

Estimado :

Gracias por su solicitud de asistencia con sus facturas bajo el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health que presentó en __/__/____. Hasta la fecha de hoy no hemos recibido la documentación de apoyo necesaria para procesar su solicitud y, por lo tanto, estamos negando su solicitud de asistencia.

Una vez que haya recopilado la documentación de respaldo requerida, le recomendamos que presente una nueva solicitud de asistencia financiera para nuestra consideración. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Asesor Financiero que se menciona a continuación.

Sinceramente,

Nombre

Título, Teléfono

[Carta de Denegación - Servicios No Elegibles]

Mes Día, Año

Nombre

Dirección

Ciudad, estado, código postal

Número de cuenta del paciente:

Estimado :

Gracias por su solicitud de asistencia con sus facturas bajo el Programa de Asistencia Financiera de Hallmark Health (el "Programa") que usted presentó en __/__/__. Lamentamos informarle que los servicios que usted recibió en __/__/__ son considerados como medicamento no necesarios y como tales no son elegibles para ayuda financiera bajo el Programa. Envíe su pago puntualmente para evitar acciones adicionales de cobranza.

Si no está de acuerdo con esta decisión o tiene alguna pregunta, comuníquese con el Asesor Financiero que se menciona a continuación.

Sinceramente,

Nombre
Título, Teléfono