

# Politica di Assistenza finanziaria

**Indice dei contenuti**

<b>I. Finalità</b> .....	3
<b>II. Definizioni</b> .....	3
<b>III. Disposizioni generali</b> .....	4
a. Enti partecipanti .....	4
b. I Pazienti del MelroseWakefield Healthcare non assicurati o sottoassicurati sono definiti come .....	4
c. Responsabilità del Paziente .....	4
d. Assistenza finanziaria e consulenza presso MelroseWakefield Healthcare .....	4
<b>IV. Programmi di sconto presso MelroseWakefield Healthcare</b> .....	5
a. MelroseWakefield Healthcare offre ai pazienti i seguenti programmi di sconto .....	5
b. Procedure per le richieste e le selezioni .....	5
c. Approvazione per copertura assicurativa .....	6
d. Limiti per reddito del paziente .....	6
e. Servizi idonei .....	6
f. Esclusioni: .....	6
g. Sconti per Pazienti a basso reddito presso MelroseWakefield Healthcare .....	6
h. Sconti per MelroseWakefield Healthcare Medical Hardship .....	6
i. Modalità di sconti del MelroseWakefield Healthcare per Pazienti non assicurati o sottoassicurati .....	6
j. Base per il calcolo degli importi da addebitare ai Pazienti .....	7
<b>V. Piano di pagamento</b> .....	7
<b>VI. Mancato pagamento</b> .....	8
<b>VII. Pubblicazione e divulgazione del FAP</b> .....	8
a. Le informazioni sui consulenti finanziari del MelroseWakefield Healthcare, che offrono consulenza e assistenza finanziaria, e le informazioni sulla Politica di Assistenza Finanziaria sono visibili online presso <a href="https://melrosewakefield.org/FAP">https://melrosewakefield.org/FAP</a> .....	8
b. Pubblicazioni su Internet .....	8
c. L’Ospedale pubblicizza la disponibilità di assistenza finanziaria secondo questa politica nei seguenti modi .....	8
<b>VIII. Altre disposizioni</b> .....	9
a. Insolvenza del Medicare: .....	9
b. Valutazione per ogni singolo caso .....	9
<b>IX. Approvazione del Consiglio</b> .....	9

## I. Finalità

MelroseWakefield Healthcare, comunemente denominato “Ospedale” in questa Linea guida, è impegnato a fornire servizi di assistenza sanitaria di qualità alla comunità. L’Ospedale fornisce servizi clinicamente necessari a tutti i pazienti, a prescindere dalla loro capacità di pagamento. L’Ospedale, nel fornire i suoi servizi, non effettua discriminazioni in base alla razza, colore della pelle, nazione d’origine, cittadinanza, stato giuridico di straniero, religione, credo, sesso, orientamento sessuale, identità sessuale, età, disabilità, abuso di sostanze, status socio-economico, mancanza di copertura assicurativa o apparenza fisica. Per poter fornire servizi di alto livello e soddisfare le necessità della comunità, MelroseWakefield Healthcare deve poter mantenere una base finanziaria idonea, che include la ricezione tempestiva degli importi a suo credito.

MelroseWakefield Healthcare riconosce che alcuni pazienti dispongono di pochi mezzi e potrebbero non avere accesso alla copertura medica per tutti i servizi. Questa Politica è stata sviluppata per informare pazienti con risorse economiche limitate e non assicurati o sottoassicurati in merito ai vari programmi di assistenza finanziaria dell’Ospedale di cui essi potrebbero beneficiare.

È previsto che i pazienti provvisti di mezzi paghino per i servizi forniti da MelroseWakefield Healthcare. Questa Politica prevede che i pazienti in grado di provvedere a copertura assicurativa ne facciano richiesta e mantengano la loro copertura. I programmi di assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare sono concepiti per assistere in primo luogo pazienti non coperti da assicurazione né pubblica (ad es. Medicare o Medicaid) né privata (ad es. Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim, etc.), e con mezzi finanziari insufficienti. Se ci sono i requisiti necessari, gli sconti applicati da MelroseWakefield Healthcare sono accessibili a pazienti con comprovati mezzi finanziari limitati, dovuti al reddito basso oppure perché le loro spese mediche sono troppo alte rispetto al loro reddito.

## II. Definizioni

*Servizi di Emergenza:* servizi sanitari necessari forniti all’insorgere di una condizione medica, sia fisica che mentale, manifestatasi con sintomi di sufficiente gravità (incluso il dolore acuto), tale per cui una persona prudente con una conoscenza nella media in campo medico e della salute possa ragionevolmente pensare che l’assenza di assistenza medica potrebbe compromettere seriamente la salute dell’individuo, la funzionalità corporea, o portare a malfunzionamento di organi del corpo, o, in considerazione di una donna in stato di gravidanza, come definito in 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Un esame medico di screening e ogni trattamento di stabilizzazione di una condizione medica di emergenza, inclusa ma non limitata a cura medica di paziente ricoverato e ogni altro servizio reso sotto l’Atto di Emergenza Medica e del Lavoro (EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd)), sono da considerarsi come Servizi di Emergenza.

*Urgent Services:* servizi sanitari necessari forniti all’improvviso insorgere di una condizione medica, sia fisica che mentale, manifestatasi con sintomi acuti di sufficiente gravità (incluso il dolore acuto), tali per cui una persona prudente senza preparazione medica possa ritenere che l’assenza di assistenza medica entro 24 ore potrebbe compromettere seriamente la salute dell’individuo, la funzionalità corporea, o portare a malfunzionamento di organi del corpo o parti di esso. I servizi urgenti vengono forniti in situazioni che non costituiscono un pericolo di vita e che non sono un serio rischio di danno alla salute di un individuo.

*Servizi medici necessari di non emergenza, non urgenti:* servizi che non corrispondono alla definizione di servizi di Emergenza o urgenti, ma che sono clinicamente necessari. Solitamente (ma non in maniera esclusiva) il paziente programma questi servizi in anticipo.

*Servizi clinicamente non necessari:* procedura, test, o servizio che non influisce sulla qualità della salute o che non necessita di cure di emergenza o urgenti.

### III. Disposizioni generali

#### a. Enti partecipanti

Questa Politica vale per i servizi forniti e addebitati dall'Ospedale nelle località elencate nell'Appendice Appendice A- MelroseWakefield Healthcare, Enti partecipanti. Questa Politica non vale per i servizi forniti e addebitati dagli enti elencati nell'Appendice B- Lista fornitori affiliati MelroseWakefield Healthcare, enti non-partecipanti anche nel caso in cui tali servizi dovessero essere prestati in luoghi dell'Ospedale come da elenco in Appendice A.

#### b. I pazienti di MelroseWakefield Healthcare non assicurati e sottoassicurati sono definiti come:

- i. Pazienti senza assicurazione medica ("non assicurati");
- ii. Pazienti la cui unica "assicurazione" è il Massachusetts Health Safety Net;
- iii. Pazienti con dei saldi risultanti dall'"esaurimento" dei benefits del loro piano assicurativo; oppure
- iv. Pazienti il cui saldo deriva da servizi "non coperti" e per i quali l'assicurazione ha stabilito che il paziente è pienamente responsabile per le spese relative ai servizi esclusi. Ciò comprende servizi per i quali l'assicuratore aveva negato copertura per via dei limiti della rete dell'assicuratore.

#### c. Responsabilità del paziente:

- i. Il paziente ha una serie di responsabilità cui attenersi per poter richiedere assistenza da parte dell'Ospedale secondo questa Politica, incluso quanto segue:
  1. Obbligo di ottenere e mantenere la copertura assicurativa, se è economicamente fattibile;
  2. Obbligo di richiedere un programma di assicurazione governativo, se c'è l'idoneità;
  3. Obbligo di sottoporre in modo puntuale tutta la documentazione richiesta su reddito, patrimonio, identità e residenza, richiesti per la copertura dallo Stato e/o per compilare la richiesta di assistenza finanziaria presso MelroseWakefield Healthcare;
  4. Obbligo di tenere l'Ospedale aggiornato sulla situazione anagrafica e assicurativa; e
  5. Obbligo di pagare tutti i conti entro i termini concordati.

#### d. Assistenza e Consulenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare:

- i. I Coordinatori dell'assicurazione rivedono in modo proattivo pazienti non assicurati o sottoassicurati, e si coordinano con pazienti e Consulenti finanziari di MelroseWakefield Healthcare per fissare appuntamenti per discutere le opzioni di assistenza finanziaria.
- ii. I pazienti sono anche in contatto con i Consulenti finanziari tramite i reparti di MelroseWakefield Healthcare.
- iii. I Consulenti finanziari selezionano i pazienti per idoneità alla copertura assicurativa pubblica e/o privata.
  1. MelroseWakefield Healthcare seleziona i pazienti per programmi statali e federali. Per ottenere sconti secondo questa Politica, è possibile che venga chiesto ai pazienti di fare richiesta presso svariati programmi statali e federali, inclusa anche MassHealth e/o Medicare.
  2. Se il paziente ha i requisiti secondo le linee guida pubbliche, i Consulenti finanziari lo informeranno sulle procedure per la richiesta e assisteranno il paziente ove possibile.
  3. Se il paziente non ha i requisiti secondo le linee guida pubbliche (ad es. in base al loro Livello Federale di Povertà ("FPL"), status di immigrato ecc.), e non rientra nei programmi pubblici, o se il programma pubblico non copre tutti i costi, i Consulenti finanziari lo informeranno sulle opzioni di copertura privata e vaglieranno il paziente per possibile idoneità al Programma di sconto di Assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare (Sezione IV qui sotto).

#### IV. Programmi di sconto per il Paziente di MelroseWakefield Healthcare

- a. MelroseWakefield Healthcare offre i seguenti programmi di sconti per i pazienti:
  - i. Sconto per paziente a basso reddito, come determinato dalle soglie FPL di MelroseWakefield Healthcare (Sezione IV(g)).
  - ii. Sconto per Difficoltà Mediche, come da soglie di MelroseWakefield Healthcare (Sezione IV(h)).
  - iii. Sconto per mancanza di assicurazione o assicurazione insufficiente (Sezione IV(i)).

Gli sconti previsti in questi programmi possono essere concessi a favore di tutti i saldi delle spese lorde con responsabilità del paziente in conformità con le soglie previste da MelroseWakefield Healthcare nella Appendice C – per sconti di assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare, esclusi i co-pagamenti dei pazienti, gli importi detraibili e la co-assicurazione. Se i pazienti sono idonei a più programmi di sconto, verrà considerato il programma con lo sconto più alto.

Gli sconti non si baseranno su alcun tipo di rapporto che il paziente o la sua famiglia potrebbe avere con un impiegato dell'Ospedale o un membro dell'organo direttivo. Gli sconti non verranno estesi in base ad alcuna considerazione di "cortesia professionale" verso un medico o la sua famiglia. Gli sconti non verranno dati ai pazienti per indurli a ricevere servizi o altrimenti legarli in alcun modo alla generazione di entrate di affari tramite programma di copertura medica federale, né saranno convertibili in contanti per oggetti o servizi offerti dall'Ospedale o ad altra entità del MelroseWakefield Healthcare (questo include sconti nel negozio articoli da regalo, il bar ecc.).

- b. Procedure per le richieste e le selezioni
  - i. Per poter essere considerati idonei all'assistenza, i pazienti devono presentare domanda di assistenza MelroseWakefield Healthcare (Appendice D) assieme alla necessaria documentazione di supporto. La documentazione necessaria potrebbe comprendere, ma non solo, la prova di: (1) reddito annuale della famiglia (buste paga, report di pagamenti della Previdenza Sociale, una lettera del datore di lavoro, dichiarazioni delle tasse o estratti conto bancari), (2) cittadinanza e identità, (3) status di immigrato per non-cittadini (se opportuno), (4) beni degli individui di 65 anni e oltre, e (5) documentazione assicurativa, inclusa la copertura di benefits e limiti di rete. Tutta la documentazione di supporto deve essere presentata entro 30 giorni dall'iniziale richiesta per poter essere considerata dall'Ospedale.
  - ii. Le domande di carattere riservato possono essere presentate all'Ospedale per i minori e gli individui vittime di abusi. Tali individui dovrebbero contattare i Consulenti finanziari.
  - iii. MelroseWakefield Healthcare non prende in considerazione selezioni precedenti di idoneità di assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare quando deve vagliare una domanda di un paziente per l'Assistenza finanziaria.
  - iv. MelroseWakefield Healthcare si riserva il diritto di verificare l'idoneità agli sconti ogni sei mesi.
- c. Approvazione per la copertura:
  - i. L'Ospedale informerà i pazienti per iscritto sulle decisioni in merito al programma di idoneità MelroseWakefield Healthcare. Riferimento Appendice E- Notifiche di determinazione di idoneità al MelroseWakefield Healthcare.
  - ii. L'Ospedale si riserva il diritto di non accettare le domande se tutta la documentazione di supporto non viene ricevuta in maniera puntuale.
  - iii. Saranno considerati i ricorsi sulle decisioni per il programma di idoneità se il richiedente fornisce all'Ospedale nuove informazioni.

- iv. Il reparto amministrazione pazienti si farà carico nel determinare se l'Ospedale si è adoperato in modo adeguato per stabilire se un individuo è idoneo per l'assistenza finanziaria.
- d. Limiti per reddito del paziente:
- i. Per i residenti degli Stati Uniti, verranno usati i più recenti FPL per il reddito complessivo della famiglia come determinante principale in merito agli sconti descritti in Sezione IV(g) e Sezione IV(h).
  - ii. I non residenti USA e i residenti USA con i requisiti di Sezione III(c) di questa Politica, ma che non si qualificano per i criteri FPL possono avere diritto allo Sconto dei non assicurati e dei sottoassicurati, come descritto in Sezione IV(i) qui di seguito.
  - iii. Tutti i pazienti con i requisiti di Sezione III(c) di questa Politica possono qualificare per uno Sconto MelroseWakefield Healthcare per Difficoltà Mediche come descritto in Sezione IV(h) qui sotto.
- e. Servizi idonei:
- i. Questa Politica è generalmente limitata ai servizi clinicamente necessari forniti e fatturati da MelroseWakefield Healthcare, inclusi:
    - 1. I servizi di emergenza;
    - 2. I servizi di urgenza;
    - 3. I servizi di non emergenza, non urgenti.
- f. Esclusioni:
- i. MelroseWakefield Healthcare non fornisce assistenza finanziaria per Servizi clinicamente non necessari, dato che tali servizi vengono determinati dal medico competente. Esempi di servizi non idonei per l'assistenza finanziaria da parte dell'Ospedale comprendono fra gli altri: servizi non medici (ad es. sociali, educativi o professionali, chirurgia estetica, ricerca o altro). Solamente l'Ospedale può stabilire quali servizi sono considerati idonei ai fini di questa Politica.
  - ii. MelroseWakefield Healthcare non concede in genere sconti a pazienti per servizi di non emergenza, non urgenti, laddove la necessità della cura era stata anticipata dal paziente, e il paziente è arrivato a MelroseWakefield Healthcare al di fuori della sua area di servizi per ricevere le cure, quando tali servizi vengono offerti anche all'interno dell'area di servizi del paziente.
  - iii. I co-pagamenti dei pazienti, gli importi detraibili e la co-assicurazione sono esclusi dalla copertura sotto questa Politica.
- g. Sconto per pazienti a basso reddito presso MelroseWakefield Healthcare :
- i. Per i residenti statunitensi, verranno usati come determinante principale i più recenti FPL per il reddito complessivo della famiglia. Gli sconti basati solamente sul reddito sono generalmente limitati ai pazienti con livelli di reddito inferiori a 301% del FPL.
  - ii. Ai pazienti che sono in questa soglia verrà offerto uno sconto pari o maggiore del tasso dell'Importo Generalmente Addebitato (AGB) come descritto in Sezione IV(j) qui di seguito.
  - iii. La definizione di questo sconto è sotto la responsabilità di MelroseWakefield Healthcare.
  - iv. Riferimento Appendice C e Appendice D per ulteriori dettagli.
- h. Sconto per Difficoltà Mediche presso MelroseWakefield Healthcare:
- i. I pazienti che non hanno i requisiti di soglia FPL necessari per ricevere lo sconto per paziente a basso reddito al MelroseWakefield Healthcare potrebbero ancora ottenere uno sconto se possono dimostrare che le loro spese mediche superano il 20% del reddito familiare. Le spese devono rientrare nei 12 mesi precedenti, e sono da considerarsi solo quelle spese che potrebbero potenzialmente ritenersi come spese mediche come da Norme dell' Internal Revenue Service (*Agenzia delle Entrate*).
  - ii. La definizione di questo sconto è sotto la responsabilità di MelroseWakefield Healthcare.
  - iii. Riferimento Appendice C e Appendice D per ulteriori dettagli.

- i. Modalità di sconti al MelroseWakefield Healthcare per pazienti non assicurati e sottoassicurati:
  - i. MelroseWakefield Healthcare offrirà uno sconto a pazienti di tutti i livelli di reddito (a prescindere dalla residenza) che rientrino nella qualifica di “Pazienti non assicurati e sottoassicurati” come da Sezione III(b) qui sopra; seguano gli obblighi del paziente come da Sezione III(c) qui sopra, e compilino la richiesta per assistenza finanziaria del MelroseWakefield Healthcare.
  - ii. Tutti i pazienti non assicurati o sottoassicurati che rientrano nei requisiti di questa Politica possono ricevere uno sconto fino a 40% su Servizi Idonei se il pagamento è fatto entro 30 giorni dall’addebito iniziale, o se è stato concordato un piano di pagamento.
    - 1. Per i servizi di non emergenza, non urgenti, il pagamento dev’essere totale, oppure va concordato un piano di pagamento prima del servizio fornito. Se le spese effettive dovessero superare il preventivo, il paziente deve effettuare il pagamento addizionale entro 30 giorni dall’addebito iniziale.
      - a. Se le spese addizionali non vengono pagate in maniera puntuale, l’intero accordo sullo sconto potrebbe essere invalidato e il paziente dovrà pagare l’importo intero.
    - 2. Per i servizi di emergenza o urgenti, il pagamento deve essere fatto entro 30 giorni dall’addebito, oppure dev’essere concordato un piano di pagamento.
  - iii. Nel valutare se concedere uno sconto sotto questa Politica, MelroseWakefield Healthcare potrebbe considerare il fatto che il paziente sia o meno in regola con tutti i pagamenti in essere.
- j. Base per il calcolo degli importi da addebitare ai pazienti:
  - i. A seguito della determinazione di idoneità di un paziente ai programmi di sconti come da Sezione IV(g) o Sezione IV(h) qui sopra, ad un paziente non verrà addebitato un importo maggiore per servizi idonei rispetto all’Importo Generalmente Addebitato (“AGB”) dall’Ospedale.
  - ii. MelroseWakefield Healthcare determina l’ AGB dividendo prima i pagamenti totali per gli addebiti totali per tutti i programmi commerciali e Addebito-per-Servizio Medicare (FFS) e Medicare Managed Care nell’aggregato per l’anno fiscale precedente, per determinare il Pagamento su Fattore di Acconto (PAF) per l’anno fiscale precedente. Questo viene generalmente fatto in ottobre, quando sono disponibili i dati più precisi dei piani di cura. Lo sconto minimo per paziente a basso reddito MelroseWakefield Healthcare è pari all’inverso del PAF dell’anno fiscale precedente, che è l’AGB.
  - iii. Calcolo AGB
    - Formula:  $PAF = \frac{\text{Totale Pagamenti}}{\text{Addebiti totali per programmi commerciali, Medicare FFS, e Medicare Managed Care}}$
    - AGB = inverso di PAF
  - iv. Ad esempio, calcoli AGB :
    - 1. Pagamento totale da piani commerciali, Medicare FFS, e Medicare Managed Care: \$431
    - 2. Addebiti totali per piani commerciali, Medicare FFS, e Medicare Managed Care: \$1,000
    - 3. PAF: 43.07%
    - 4. Sconto AGB per paziente a basso reddito presso MelroseWakefield Healthcare: 56.93%
  - v. Lo sconto minimo per paziente a basso reddito al MelroseWakefield Healthcare, che è l’ AGB, è effettivo il 1. Ottobre 2018 di 56.93%. Questi sono stati determinati da pagamenti richiesti per piani commerciali e Medicare FFS e Medicare Managed Care dal 1. ottobre 2017 al 30 settembre 2018.

## V. Piano di pagamento

A tutti i pazienti che rientrano nei criteri in Sezione III(c) verranno offerti su richiesta piani di pagamento senza interessi per Servizi idonei. L’approvazione finale di un piano di pagamento è soggetta ad una revisione completa dello status del paziente e alla sua storia di pagamenti. MelroseWakefield Healthcare elaborerà tutti i piani di

pagamento dei pazienti. I piani dei pagamenti vengono monitorati da un venditore esterno. Una volta concordato un piano di pagamento, è previsto che il paziente si attenga a tutte le condizioni stabilite. Se il paziente non effettua due pagamenti consecutivi, il piano di pagamento viene annullato e l'Ospedale può collocare il conto tra i debiti in Insolvenza (Bad Debt) come da procedure e criteri di protezione stabiliti dalle Linee Guida dell'Ospedale per i Crediti e la riscossione dei pagamenti (disponibile su [www.melrosewakefield.org/FAP](http://www.melrosewakefield.org/FAP)). Dopo la notifica del paziente in merito alla nuova situazione finanziaria, l'Ospedale può rivalutare gli obblighi di pagamento ancora in essere del paziente.

- a. Ai pazienti classificati come Paziente a basso reddito o idonei a rientrare nelle Difficoltà Mediche secondo il programma Massachusetts Health Safety Net non è richiesto di soddisfare i requisiti stabiliti in Sezione III(c) prima che l'Ospedale proponga un piano di pagamento. Per pazienti a basso reddito HSN o Difficoltà Mediche con un conto aperto di \$1.000 o meno, tale piano di pagamento sarà un piano della durata di almeno un anno senza interessi, con un pagamento minimo di non più di \$25 al mese. Per pazienti a basso reddito HSN o Difficoltà Mediche con un conto aperto di \$1.000 o più, tale piano di pagamento sarà un piano di almeno due anni e senza interessi.

#### VI. Mancato pagamento

L'Ospedale dispone di una Linea guida separata di crediti e recupero crediti in merito alle azioni che l'Ospedale può perseguire in caso di mancato pagamento, e include una lista di pazienti che potrebbero essere protetti dalla Legge dello Stato da ogni iniziativa di recupero crediti. Prima di impegnarsi in azioni straordinarie di recupero crediti secondo tale Linea guida, l'Ospedale cercherà possibilmente di far rientrare il paziente tra quelli idonei per assistenza finanziaria, notificando il paziente per iscritto sui programmi di assistenza disponibili e supportando l'individuo nella compilazione della richiesta di assistenza finanziaria di MelroseWakefield Healthcare. La Linea guida separata dell'Ospedale per i crediti e il recupero crediti è disponibile al pubblico sul sito web dell'Ospedale [www.melrosewakefield.org/FAP](http://www.melrosewakefield.org/FAP).

#### VII. Pubblicazione e Divulgazione del FAP

- a. Le informazioni sui consulenti finanziari MelroseWakefield Healthcare, che offrono consulenza finanziaria e assistenza finanziaria, oltre che informazioni in merito alla Politica per l'assistenza finanziaria, sono disponibili online su [www.melrosewakefield.org/FAP](http://www.melrosewakefield.org/FAP).
  - i. Per fissare un appuntamento con un Consulente finanziario per telefono, chiamare: 781-338-7111.
  - ii. I Consulenti finanziari MelroseWakefield Healthcare si trovano presso le seguenti località di MelroseWakefield Healthcare:
    1. MelroseWakefield Hospital, 1. Piano vicino all'entrata di Porter Street, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
    2. Lawrence Memorial Hospital, vicino al Reparto di Emergenza, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
- b. Pubblicazioni su Internet
  - i. Oltre ad essere disponibile tramite i consulenti finanziari MelroseWakefield Healthcare, la Politica per l'assistenza finanziaria di MelroseWakefield Healthcare, i moduli per le richieste e un compendio in linguaggio semplice sono disponibili su : [www.melrosewakefield.org/FAP](http://www.melrosewakefield.org/FAP).
    1. Questa pagina web è accessibile anche tramite la homepage MelroseWakefield Healthcare ([www.melrosewakefield.org](http://www.melrosewakefield.org)) selezionando Pazienti e Visitatori (*Patients & Visitors*) e poi Financial Assistance Policy.
    2. Il sito web include i modi in cui i pazienti possono richiedere assistenza all'Ospedale, compresa una lista di località dove trovare i consulenti finanziari e un numero telefonico centrale per fissare un appuntamento con un consulente finanziario. Il sito web informa i pazienti del fatto che i moduli di richiesta e il servizio di assistenza finanziaria sono gratuiti.



- c. L'Ospedale pubblicizza ampiamente la disponibilità di assistenza finanziaria secondo questa Politica con le seguenti modalità:
- i. Grandi cartelli molto visibili (8" X 14") sono affissati in tutti i portali di entrata e altre aree di grande traffico, compresi il reparto di Emergenza, il Coordinamento finanziario e il Servizio clienti.
  - ii. Opuscoli redatti in linguaggio semplice che pubblicizzano le opzioni di assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare sono disponibili nelle aree del Reparto emergenza e all'Accettazione.
  - iii. Il riassunto in linguaggio semplice del FAP è a disposizione dei pazienti come parte delle procedure di accettazione e dimissione dall'Ospedale.
  - iv. Copie della Politica per Assistenza finanziaria dell'Ospedale, il modulo di richiesta e il sommario in linguaggio semplice sono disponibili gratuitamente ai pazienti che ne facciano richiesta di persona o per posta, e per ogni paziente che abbia delle domande specifiche.
  - v. È disponibile materiale come la Politica, il modulo di richiesta e il sommario in linguaggio semplice, in inglese, cinese, spagnolo, vietnamita, portoghese, russo, greco, hindi, italiano, creolo e arabo.
  - vi. Il personale del programma della comunità dell'Ospedale è informato in merito al FAP, e ha le istruzioni per informare e notificare i membri della comunità in merito all'assistenza finanziaria del MelroseWakefield Healthcare.

#### **VIII. Altre disposizioni:**

- a. Insolvenza del Medicare:
- i. Questa Politica può anche essere usata per verificare l'indigenza di un paziente, al fine di valutare il suo saldo che risulta da una co-assicurazione o importo detraibile da servizi coperti da Medicare, laddove l'insolvenza del Medicare sia applicabile. Fattori determinanti saranno il reddito attuale del paziente e i livelli delle risorse a sua disposizione. Per poter qualificare, il paziente deve avere un reddito inferiore al 201% del FPL e risorse inferiori a \$10.000 per il primo membro della famiglia, con un addizionale importo di \$3.000 permesso per ogni successivo membro della famiglia. La valutazione delle risorse non include l'abitazione primaria o l'automobile principale. La compilazione da parte del paziente di una richiesta per assistenza finanziaria di MelroseWakefield Healthcare sarà dimostrazione che il paziente non è in grado di usare delle risorse per pagare i suoi conti aperti.
- b. Valutazione per ogni singolo caso:
- i. I pazienti sono incoraggiati a portare la loro specifica situazione finanziaria all'attenzione dei Consulenti finanziari o all'Amministrazione Pazienti. MelroseWakefield Healthcare può estendere gli sconti al di là delle disposizioni vigenti sulla base di singoli casi, riconoscendo casi specifici di ristrettezze finanziarie.
  - ii. Sconti esistenti che esulano da questa Linea guida possono essere concessi tramite approvazione del CFO dell'Ospedale.

#### **IX. Approvazione del Consiglio**

Il FAP MelroseWakefield Healthcare è stato approvato dal Consiglio d'Amministrazione di MelroseWakefield Healthcare il 24 gennaio 2019.

Appendice A– Località MelroseWakefield Healthcare, Enti partecipanti

per un elenco delle entità partecipanti, vedere [www.melrosewakefield.org/FAP](http://www.melrosewakefield.org/FAP)

Appendice B: Lista Fornitori Affiliati MelroseWakefield Healthcare, Enti non partecipanti

Per un elenco delle entità non partecipanti, vedere [www.melrosewakefield.org/FAP](http://www.melrosewakefield.org/FAP)

Appendice C: Assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare – Importi degli sconti

<b>Membri di famiglia</b>	<b>100% FPL</b>	<b>Fino a 150% FPL</b>	<b>Fino a 300% FPL</b>	<b>Superiore a 301 % FPL</b>
<b>1</b>	\$12,492	\$18,744	\$37,476	\$37,477
<b>2</b>	\$16,920	\$25,368	\$50,736	\$50,737
<b>3</b>	\$21,336	\$32,004	\$63,996	\$63,997
<b>4</b>	\$25,752	\$38,628	\$77,256	\$77,257
<b>5</b>	\$30,180	\$45,264	\$90,516	\$90,517
<b>6</b>	\$34,596	\$51,888	\$103,776	\$103,777
<b>7</b>	\$39,012	\$58,524	\$117,036	\$117,037
<b>8</b>	\$43,440	\$65,148	\$130,296	\$130,297
<b>Ogni persona &gt; 8</b>	\$4,428	\$6,636	\$13,260	\$13,261
<b>Sconto</b>		100%	58%	40%
<b>Pagamento previsto per il Paziente</b>		0%	42%	60%

FPL è definito come la Soglia Federale di Povertà, pubblicato nel gennaio 2019, come definito dal Registro Federale

## Domanda di Assistenza Finanziaria

MelroseWakefield Healthcare si impegna a fornire le migliori cure possibili per ciascun paziente. Tramite la sua Politica di Assistenza finanziaria, MelroseWakefield Healthcare offre assistenza finanziaria a pazienti che non sono in grado di pagare le cure urgenti o clinicamente necessarie. L'Assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare non è concepita per coprire cure non di emergenza, non urgenti. Non è intesa a fornire sconti su co-pagamenti di assicurazione, co-assicurazione, o importi detraibili.

I pazienti con mezzi economici a loro disposizione sono tenuti a pagare per i servizi prestati da MelroseWakefield Healthcare. La possibilità di assistenza finanziaria è tuttavia richiedibile. I pazienti sono vivamente incoraggiati a fare domanda per i programmi governativi di assistenza disponibili, quali MassHealth o Health Safety Net, prima di fare richiesta presso il programma di assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare. L'omissione della richiesta ai programmi di assistenza governativa per i quali si è potenzialmente idonei potrebbe portare ad un ritardo o al rifiuto della richiesta. Se necessitate di aiuto per fare domanda per i programmi governativi di assistenza, uno dei nostri consulenti finanziari presso MelroseWakefield Healthcare può essere di aiuto.

La vostra idoneità ai programmi di assistenza finanziaria dipenderà dall'accuratezza nel completare la richiesta di assistenza finanziaria.

### Istruzioni per la Domanda

Si prega di completare la richiesta di assistenza finanziaria in tutte le sue parti, e di allegare copie dei seguenti documenti per tutti i richiedenti. La mancata presentazione di tutti i documenti necessari entro 30 giorni porterà all'annullamento della richiesta. Si prega di allegare copie dei documenti, dato che purtroppo non è possibile renderli.

- Completare tutti i campi della richiesta e assicurarsi di firmare la dichiarazione di affidavit a pagina 4.
- Allegare copia della patente, altre foto identificative o documenti che attestino l'attuale indirizzo di residenza. Ogni documento deve includere nome e indirizzo attuale.
- Allegare copia della/e carte assicurative.
- Allegare documenti che attestino tutte le fonti di reddito:
  - Allegare copia del più recente W2 o buste paga (4 se settimanali, 2 se bi-settimanali)
  - In caso di modifiche recenti del reddito, allegare documentazione come attestati di disoccupazione, estratti conto bancari/ di investimenti, attestati di cure a lungo termine, attestati di pensione e /o attestati della Previdenza Sociale.
- In caso di decesso del paziente, si prega di fornire copia del certificato di morte e una lettera che certifichi lo status del patrimonio.

### Consulenti finanziari:

Per l'assistenza nel completare la richiesta, si prega di contattarci al **781-338-7111** per fissare un appuntamento con uno dei consulenti finanziari di MelroseWakefield Healthcare. I consulenti finanziari sono presso: MelroseWakefield Hospital, 585 Lebanon Street, 1. Piano presso l'entrata di Porter Street a Melrose o Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, vicino al reparto Emergenza a Medford.

### Si prega di inviare la domanda compilata a:

MelroseWakefield Healthcare  
Financial Counselors  
170 Governors Avenue  
Medford, MA 02155

Parte I: Informazioni sul paziente		
Nome del paziente:		
Data di nascita del paziente:	SSN (Nr di Previdenza sociale) del paziente:	Telefono:
Indirizzo attuale:		
Città:	Stato:	Codice CAP / ZIP:
È un Cittadino degli Stati Uniti? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO		
Se NO, è un residente permanente, con residenza legale negli Stati Uniti? <input type="checkbox"/> SI' <input type="checkbox"/> NO		
Informazioni sul richiedente (se diverso dalle informazioni del paziente qui sopra riportate)		
Il richiedente è il paziente oppure una <b>persona finanziariamente responsabile per il paziente</b> .		
Nome del richiedente:		
Indirizzo attuale del richiedente:		
Città:	Stato:	Codice CAP / ZIP:
Telefono del richiedente:		
Stato di famiglia del paziente		
Elencare tutti i membri di famiglia, la loro data di nascita e la relazione con il richiedente. Un membro di famiglia è una persona che ha un rapporto familiare con voi o vive con voi tutto l'anno come membro residente in casa, e che viene citato nella dichiarazione dei redditi.		
<b>Membro della famiglia 1:</b>		
Data di nascita:	Relazione con il paziente:	
<b>Membro della famiglia 2:</b>		
Data di nascita:	Relazione con il paziente:	
<b>Membro della famiglia 3:</b>		
Data di nascita:	Relazione con il paziente:	
<b>Membro della famiglia 4:</b>		
Data di nascita:	Relazione con il paziente:	
<b>Membro della famiglia 5:</b>		
Data di nascita:	Relazione con il paziente:	
Parte 2: Informazioni sull'assicurazione del paziente		
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Ha inoltrato una richiesta a Medicaid negli ultimi sei (6) mesi?	
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Ha una richiesta in corso o approvata da Medicaid?	
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Le è stata negata una richiesta fatta a Medicaid?	
<input type="checkbox"/> SÌ <input type="checkbox"/> NO	Dispone di assicurazione medica?	
Informazioni sull'Assicurazione primaria:		
Nome dell'Assicurazione:		
Indirizzo dell'Assicurazione:		
Polizza/ID #:	Gruppo #:	
Nome dell'intestatario::		
Data di nascita dell'intestatario:	Relazione con l'intestatario:	
Datore di lavoro dell'intestatario:	Data di validità:	
Informazioni sull'Assicurazione secondaria		
Nome dell'Assicurazione:		
Indirizzo dell'Assicurazione:		
Polizza/ID #:	Gruppo #:	
Intestatario:	Data di nascita dell'intestatario:	
Relazione con l'intestatario:	Datore di lavoro dell'intestatario:	
Data di validità:		

**Parte 3: Reddito lordo mensile e patrimonio**

Si prega di completare questa parte sul reddito guadagnato e sul patrimonio per il paziente e per ogni membro del nucleo familiare elencato in Sezione 1 che lavora. Citare il reddito lordo, che è costituito dal reddito prima delle tasse e delle detrazioni.

	Paziente	Membro 1 della famiglia	Membro 2 della famiglia	Membro 3 della famiglia	Membro 4 della famiglia	Membro 5 della famiglia
Stipendio/Salario/Mance						
Sussidio di disoccupazione						
Previdenza Sociale						
Alimenti + contributi figli						
Reddito da lavoro indipendente, dopo le spese						
Reddito da interessi/dividendi						
Pensione						
IRA/Stock/Azioni						
Reddito da affitto						
Pagamenti da fondi						
Sussidio da infortunio						
Benefits Veterani						

**Dichiarazione di mancanza di reddito**

SÌ  NO Se il reddito familiare è pari a zero, c'è qualcuno che vi mantiene?.

Se ha risposto sì a quanto sopra, ed è mantenuto economicamente da altri, si prega di far completare e firmare da tale persona la seguente dichiarazione

Nome del paziente: \_\_\_\_\_, non dispone attualmente di reddito. Sto attualmente mantenendolo/a con cibo, alloggio e vestiario necessario. Presto anche aiuto finanziario per un importo medio di \$ \_\_\_\_\_ al mese.

Firma della persona di supporto: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**Patrimonio domestico**

Elencare qui di seguito tutte le informazioni su conti bancari o di risparmio.

Tipo di conto	Istituto bancario	Saldo al _____

**Altre risorse economiche del nucleo familiare**

Elencare le informazioni disponibili per tutti i tipi di conto.

Tipo di conto	Istituto bancario	Saldo al _____
Stock/Azioni		
Certificato di deposito		
US Savings Bonds		
Libretto di risparmio per la salute		
Certificato di risparmio		
Clubs Natale o vacanze		
Altro		

**Parte 4: Avversità mediche**

Questa sezione potrebbe non riguardarvi. Si prega di completare questa sezione in caso di considerevoli fatture mediche. Elencare tutte le spese per la salute presso MelroseWakefield Healthcare e altri fornitori. Potrebbe essere richiesta della documentazione ma non in questa fase.

Nome del fornitore	Totale delle spese mediche	Con quale frequenza ci sono queste spese?		
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale
		<input type="checkbox"/> Settimanale	<input type="checkbox"/> Mensile	<input type="checkbox"/> Annuale

**Parte 5: AFFIDAVIT – TUTTI I RICHDENTI DEVONO FIRMARE**

Tutti i richiedenti **DEVONO** firmare l'affidavit affinché la loro richiesta venga presa in considerazione.

Io giuro e dichiaro che tutte le informazioni contenute in questo modulo sono vere, corrette e complete al meglio delle mie capacità e conoscenze e convinzioni. Accetto di notificare a MelroseWakefield Healthcare tutti i cambiamenti di reddito, risorse finanziarie e altre informazioni riportate su questo modulo tali che potrebbero influire sulla mia idoneità nel ricevere assistenza finanziaria presso MelroseWakefield Healthcare. Riconosco che il mio credito e altre informazioni di tipo finanziario potrebbero essere vagliate per verificare la mia dichiarazione e la mia idoneità al programma. Riconosco di avere trenta (30) giorni per presentare precisa e necessaria documentazione per essere considerato/a per uno sconto.

Le dichiarazioni fraudolente del paziente allo scopo di ottenere assistenza finanziaria verranno inoltrate all'ufficio del Procuratore Generale del Massachusetts. I pazienti che falsificano la domanda per il programma non saranno più considerati idonei al programma e dovranno farsi retroattivamente carico di tutte le spese incorse mentre sono stati parte del programma, dal primo giorno delle spese incorse.

Firma del richiedente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

**AFFIDAVIT – DA SOTTOSCRIVERE SOLO SE LA RICHIESTA E' FATTA DAL CONIUGE**

Se anche il coniuge del richiedente sta facendo domanda per assistenza finanziaria, il coniuge dell'richiedente **DEVE** firmare l'affidavit qui sotto affinché la loro domanda venga presa in considerazione.

Io giuro e dichiaro che tutte le informazioni contenute in questo modulo sono vere, corrette e complete al meglio delle mie capacità e conoscenze e convinzioni. Accetto di notificare a MelroseWakefield Healthcare tutti i cambiamenti di reddito, risorse finanziarie e altre informazioni riportate su questo modulo tali che potrebbe influire sulla mia idoneità nel ricevere assistenza finanziaria presso MelroseWakefield Healthcare. Riconosco che il mio credito e altre informazioni di tipo finanziario potrebbero essere vagliate per verificare la mia dichiarazione e la mia idoneità al programma. Riconosco di avere trenta (30) giorni per presentare precisa e necessaria documentazione per essere considerato/a per uno sconto.

Le dichiarazioni fraudolente del paziente allo scopo di ottenere assistenza finanziaria verranno inoltrate all'ufficio del Procuratore Generale del Massachusetts. I pazienti che falsificano la domanda per il programma non saranno più considerati idonei al programma e dovranno farsi retroattivamente carico di tutte le spese incorse mentre sono stati parte del programma, dal primo giorno delle spese incorse.

Firma del coniuge del richiedente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_



**DOCUMENTO E**

**[Lettera di approvazione – Sconto parziale]**

Data

Nome

Via

Città, Stato, CAP

Oggetto: numero/i di conto del paziente: \_\_\_\_\_

Gentile \_\_\_\_\_,

Abbiamo ricevuto la Sua richiesta per l'assistenza con le spese ospedaliere sotto Politica per l'Assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare. In base alla Sua richiesta e ai documenti presentati, abbiamo deciso che ha l'idoneità per una riduzione delle spese.

Le spese ospedaliere per le date di servizi da \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fino a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per un totale di \$ \_\_\_\_\_, verranno ridotte a \$ \_\_\_\_\_.

La contatteremo per assisterla nella gestione dei pagamenti per il saldo rimanente da pagare. La preghiamo di notare che fintanto che l'importo scontato non sarà stato pagato del tutto, lei continuerà a ricevere delle fatture. Una volta che tutti i pagamenti risultano eseguiti, il saldo verrà adeguato e le fatture verranno considerate come completamente pagate. La preghiamo anche di notare che in questo programma non rientra alcun co-pagamento, co-assicurazione o importi detraibili che continueranno ad essere a Suo carico secondo i termini della Sua assicurazione medica.

Questa approvazione resterà in vigore per sei (6) mesi. Se non è d'accordo con questa decisione o ritiene di aver diritto ad un ulteriore sconto, la preghiamo di contattare il consulente finanziario al numero qui sotto indicato.

Distinti saluti,

Nome

Posizione

Numero di telefono

**[Lettera di approvazione – Sconto 100%]**

Data

Nome

Via

Città, Stato, CAP

Oggetto: numero/i di conto del paziente: \_\_\_\_\_

Gentile \_\_\_\_\_,

Abbiamo ricevuto la Sua richiesta per l'assistenza con le spese ospedaliere sotto la Politica per l'Assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare. In base alla Sua richiesta e ai documenti presentati, abbiamo deciso che ha l'idoneità ai servizi senza alcun addebito.

Le spese ospedaliere per le date di servizi da \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fino a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per un totale di \$\_\_\_\_\_, verranno ridotte a \$0.

Non dovrà più ricevere alcun addebito da parte nostra per questi servizi.

Questa approvazione resterà in vigore per sei (6) mesi. Per qualsiasi dubbio o informazione la preghiamo di contattare il consulente finanziario al numero qui sotto indicato.

Distinti saluti,

Nome

Posizione

Numero di telefono

**[ Lettera di rideterminazione – Da sconto parziale a sconto 100% ]**

Data

Nome

Via

Città, Stato, CAP

Oggetto: numero/i di conto del paziente: \_\_\_\_\_

Gentile \_\_\_\_\_,

La contattiamo a seguito della nostra originale decisione in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_. In tale comunicazione avevamo stabilito che Lei era idoneo solo per una riduzione delle spese ospedaliere sotto la Politica per l'Assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare.

Come da Sua richiesta e in base alle informazioni aggiornate sul reddito e/o sul nucleo familiare o altre circostanze, abbiamo stabilito che ora è idoneo a ricevere servizi ospedalieri senza alcun addebito. Pertanto, le spese ospedaliere per le date di servizi da \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fino a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per un totale di \$\_\_\_\_\_, verranno ridotte a \$0.

Non dovrà più ricevere alcun addebito da parte nostra per questi servizi.

Questa approvazione resterà in vigore per sei (6) mesi. Per qualsiasi dubbio o informazione la preghiamo di contattare il consulente finanziario al numero qui sotto indicato.

Distinti saluti,

Nome

Posizione

Numero di telefono

**[Lettera di rideterminazione – Precedentemente non idoneo a sconto 100% ]**

Data

Nome

Via

Città, Stato, CAP

Oggetto: numero/i di conto del paziente: \_\_\_\_\_

Gentile \_\_\_\_\_,

La contattiamo a seguito della nostra originale decisione in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_. In tale comunicazione avevamo stabilito che Lei non era idoneo a ricevere assistenza finanziaria sotto la Politica per l'Assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare.

Come da Sua richiesta e in base alle informazioni aggiornate sul reddito e/o sul nucleo familiare o altre circostanze, abbiamo stabilito che ora è idoneo a ricevere servizi ospedalieri senza alcun addebito. Pertanto, le spese ospedaliere per le date di servizi da \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fino a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per un totale di \$\_\_\_\_\_, verranno ridotte a \$0.

Non dovrà più ricevere alcun addebito da parte nostra per questi servizi.

Questa approvazione resterà in vigore per sei (6) mesi. Per qualsiasi dubbio o informazione la preghiamo di contattare il consulente finanziario al numero qui sotto indicato.

Distinti saluti,

Nome

Posizione

Numero di telefono

**[Lettera di rideterminazione – Precedentemente non idoneo a sconto parziale]**

Data

Nome

Via

Città, Stato, CAP

Oggetto: numero/i di conto del paziente: \_\_\_\_\_

Gentile \_\_\_\_\_,

La contattiamo a seguito della nostra originale decisione in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_. In tale comunicazione avevamo stabilito che Lei non era idoneo a ricevere assistenza finanziaria sotto la Politica per l'Assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare.

Come da Sua richiesta e in base alle informazioni aggiornate sul reddito e/o sul nucleo familiare o altre circostanze, abbiamo stabilito che ora è idoneo per una riduzione delle spese ospedaliere.

Le spese ospedaliere per le date di servizi da \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ fino a \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per un totale di \$ \_\_\_\_\_, verranno ridotte a \$ \_\_\_\_\_.

La contatteremo per assisterla nella gestione dei pagamenti per il saldo rimanente da pagare. La preghiamo di notare che fintanto che l'importo scontato non sarà stato pagato del tutto, lei continuerà a ricevere delle fatture. Una volta che tutti i pagamenti risulteranno eseguiti, il saldo verrà adeguato e le fatture verranno considerate come completamente pagate. La preghiamo anche di notare che in questo programma non rientra alcun co-pagamento, co-assicurazione o importi detraibili che continueranno ad essere a Suo carico secondo i termini della Sua assicurazione medica.

Questa approvazione resterà in vigore per sei (6) mesi. Se non è d'accordo con questa decisione o ritiene di aver diritto ad un ulteriore sconto, la preghiamo di contattare il consulente finanziario al numero qui sotto indicato.

Distinti saluti,

Nome

Posizione

Numero di telefono

**[Lettera di rideterminazione – Decisione iniziale confermata – Parziale]**

Data

Nome

Via

Città, Stato, CAP

Oggetto: numero/i di conto del paziente: \_\_\_\_\_

Gentile \_\_\_\_\_,

La contattiamo a seguito della nostra originale decisione in data \_\_/\_\_/\_\_. In tale comunicazione avevamo stabilito che Lei era idoneo solo per una riduzione delle spese ospedaliere sotto la Politica per l'Assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare.

A seguito della Sua richiesta, abbiamo rivisto e ripreso in considerazione la nostra decisione originale in merito alla Sua richiesta, e abbiamo stabilito che, in base alle informazioni fornite, la nostra decisione originale rimane valida, e Lei continuerà ad essere idoneo a ricevere uno sconto parziale.

Come notificato nella nostra lettera originale, le spese per i servizi ospedalieri per un importo di \$\_\_\_\_\_ per le date di servizi da \_\_/\_\_/\_\_ fino a \_\_/\_\_/\_\_ rimangono invariate.

La invitiamo ad inviarci il Suo pagamento complessivo il prima possibile o a contattare il consulente finanziario sotto menzionato qualora necessitasse di fare un piano di pagamento.

Se non è d'accordo con questa decisione o ha dei dubbi da chiarire, la preghiamo di contattare il consulente finanziario qui sotto menzionato.

Distinti saluti,

Nome

Posizione

Numero di telefono

**[Lettera di rideterminazione – Decisione originale confermata – Non idoneo]**

Data

Nome

Via

Città, Stato, CAP

Oggetto: numero/i di conto del paziente: \_\_\_\_\_

Gentile \_\_\_\_\_,

La contattiamo a seguito della nostra originale decisione in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_. In tale comunicazione avevamo concluso che Lei non era idoneo a ricevere assistenza finanziaria secondo il programma per l'assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare.

A seguito della Sua richiesta, abbiamo rivisto e ripreso in considerazione la nostra decisione originale in merito alla Sua richiesta, e abbiamo stabilito che, in base alle informazioni fornite, la nostra decisione originale rimane valida, e Lei non è ritenuto idoneo per l'assistenza secondo il programma.

La invitiamo ad inviarci il Suo pagamento complessivo il prima possibile o a contattare il consulente finanziario sotto menzionato qualora necessitasse di fare un piano di pagamento.

Se non è d'accordo con questa decisione o ha dei dubbi da chiarire, la preghiamo di contattare il consulente finanziario qui sotto menzionato.

Distinti saluti,

Nome

Posizione

Numero di telefono

**[Lettera di rifiuto – Generale]**

Data

Nome

Via

Città, Stato, CAP

Oggetto: numero/i di conto del paziente: \_\_\_\_\_

Gentile \_\_\_\_\_,

La ringraziamo per la Sua richiesta per assistenza finanziaria in riferimento alle Sue spese ospedaliere come da Linea guida per l'assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare.

Abbiamo valutato la Sua richiesta e la relativa documentazione presentata, e abbiamo stabilito che Lei non è idoneo a ricevere sconti sotto questo programma. La decisione è stata presa rapportando il Suo reddito e il Suo nucleo familiare alle Linee guida della Soglia Federale di Povertà (FPL). Nello specifico, il Suo reddito familiare risulta essere più alto di quello accettabile.

Se è in disaccordo con questa decisione o ci sono stati dei cambiamenti nella Sua situazione, saremo lieti di riconsiderare la Sua richiesta alla luce di nuove informazioni in merito al Suo reddito, al nucleo familiare o altre circostanze. Se desidera che la Sua richiesta venga rivalutata, la preghiamo di inviare i relativi documenti, o di chiamare il consulente finanziario al numero sotto indicato per dubbi e domande.

Distinti saluti,

Nome

Posizione

Numero di telefono



**[Lettera di rifiuto – Domanda incompleta]**

Data

Nome

Via

Città, Stato, CAP

Oggetto: numero/i di conto del paziente: \_\_\_\_\_

Gentile \_\_\_\_\_,

Abbiamo ricevuto la richiesta datata \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ per assistenza con le Sue spese ospedaliere come da Politica per l'Assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare.

Ad oggi non abbiamo ancora ricevuto la documentazione necessaria a elaborare la Sua richiesta. Per tale motivo dobbiamo al momento rifiutare la Sua richiesta di assistenza.

Se le interessa ancora che venga considerata la Sua richiesta per assistenza finanziaria, la invitiamo a inoltrare una nuova richiesta e a mandarcela con tutta la documentazione necessaria. Saremo lieti di riprenderla in considerazione e le invieremo notifica sulla Sua idoneità a ricevere assistenza finanziaria.

Per qualsiasi dubbio o informazione la preghiamo di contattare il consulente finanziario al numero qui sotto indicato.

Distinti saluti,

Nome

Posizione

Numero di telefono

**[Lettera di rifiuto – Servizi non idonei]**

Data

Nome

Via

Città, Stato, CAP

Oggetto: numero/i di conto del paziente: \_\_\_\_\_

Gentile \_\_\_\_\_,

La ringraziamo per la Sua richiesta per assistenza finanziaria datata \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ in riferimento alle Sue spese ospedaliere come da programma per l'assistenza finanziaria MelroseWakefield Healthcare.

Siamo spiacenti di doverle comunicare che i servizi da Lei ricevuti in data \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ non sono considerati clinicamente necessari, e in quanto tali non rientrano nel programma di assistenza finanziaria.

La invitiamo ad inviarci il Suo pagamento complessivo il prima possibile o a contattare il consulente finanziario sotto menzionato qualora necessitasse di fare un piano di pagamento.

Se non è d'accordo con questa decisione o ha dei dubbi da chiarire, la preghiamo di contattare il consulente finanziario qui sotto menzionato.

Distinti saluti,

Nome

Posizione

Numero di telefono