

Política de asistencia financiera

Índice

I. Propósito3

II. Definiciones3

III. Disposiciones generales4

 a. Entidades participantes 4

 b. Los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente de MelroseWakefield Healthcare se definen como 4

 c. Responsabilidades del paciente 4

 d. Asistencia y asesoría financieras de MelroseWakefield Healthcare..... 4

IV. Programas de descuento para pacientes de MelroseWakefield Healthcare 5

 a. MelroseWakefield Healthcare ofrece los siguientes programas de descuentos para pacientes 5

 b. Proceso de solicitud y evaluación 5

 c. Aprobación para la cobertura 6

 d. Limitaciones de ingresos del paciente 6

 e. Servicios subvencionables..... 6

 f. Exclusiones 6

 g. Descuento para pacientes de bajos ingresos de MelroseWakefield Healthcare..... 6

 h. Descuento por dificultades médicas de MelroseWakefield Healthcare..... 6

 i. Política de descuentos para pacientes sin seguro y con seguro insuficiente de MelroseWakefield Healthcare 6

 j. Base para calcular las cantidades cobradas a los pacientes 7

V. Plan de pagos 8

VI. Falta de pago..... 8

VII. Publicación y difusión de la FAP 8

 a. La información sobre los asesores financieros de MelroseWakefield Healthcare, que ofrecen asesoría y asistencia financieras, y la información sobre la política de asistencia financiera pueden encontrarse en línea en <https://melrosewakefield.org/FAP>..... 8

 b. Publicación en Internet 8

 c. El Hospital difunde ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera de esta política de las siguientes maneras: 8

VIII. Otras disposiciones.....9

 a. Insolvencia con Medicare 9

 b. Evaluación caso por caso 9

IX. Aprobación de la Junta Directiva10

I. Propósito

MelroseWakefield Healthcare, comúnmente denominado el “Hospital” en toda esta política, se compromete a proporcionar servicios de salud de calidad a la comunidad. El Hospital brinda servicios médicos necesarios a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. El hospital no discriminará por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad, discapacidad, abuso de sustancias, estatus socioeconómico, falta de seguro o apariencia física en la prestación de sus servicios. Para proporcionar servicios de alta calidad y satisfacer las necesidades de su comunidad, MelroseWakefield Healthcare debe mantener una base financiera viable que incluye el cobro oportuno de sus cuentas por cobrar.

MelroseWakefield Healthcare reconoce que algunos pacientes tienen medios económicos limitados y es posible que no tengan acceso a una cobertura de seguro para todos los servicios. Esta política se ha desarrollado para informar a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente y con recursos económicos limitados de los diversos programas de asistencia financiera del Hospital que podrían tener a su disposición.

Se espera que los pacientes que tienen los medios económicos paguen los servicios prestados por MelroseWakefield Healthcare. Esta política supone que los pacientes que tienen acceso a un seguro asequible solicitarán y mantendrán su cobertura. Los programas de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare están destinados principalmente a pacientes que no tienen seguro de salud de un organismo público (por ejemplo, Medicare o Medicaid) o privado (por ejemplo, Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim, etc.) y tienen necesidades económicas que no han sido cubiertas. Si se cumplen los criterios para calificar, los descuentos de MelroseWakefield Healthcare pueden estar a disposición de pacientes con necesidades económicas demostradas debido a un ingreso limitado o si sus facturas médicas son una parte excesiva de su ingreso.

II. Definiciones:

Servicios de emergencia: servicios médicamente necesarios proporcionados después de la aparición de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas de suficiente gravedad, incluido dolor intenso, para la cual una persona común prudente que posee un conocimiento promedio de salud y medicina considere que la falta de atención médica inmediata puede poner en grave peligro la salud de la persona u otra persona, o ponerla en riesgo de deterioro grave de la función corporal o disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o está relacionada con una mujer embarazada, como se define más adelante en 42 USC § 1395dd(e)(1) (B). Un examen de detección médica y cualquier tratamiento de estabilización para una condición médica de emergencia, que incluye, entre otros, atención médica para pacientes hospitalizados o cualquier otro servicio similar prestado en la medida que lo exige la ley *Emergency Medical Treatment and Labor Act* (Ley de tratamiento médico de emergencia y laboral o EMTALA) (42 USC § 1395 (dd)), califica como servicio de emergencia.

Servicios urgentes: servicios médicamente necesarios proporcionados después de la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso), para la cual una persona común prudente considere que la falta de atención médica en un plazo máximo de 24 horas podría razonablemente poner en peligro la salud del paciente, o ponerla en riesgo de deterioro de la función corporal o la disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo. Se brindan servicios urgentes para condiciones que no ponen en peligro la vida y no representan un riesgo alto de daño grave para la salud de una persona.

Servicios médicamente necesarios que no son de emergencia, y no son urgentes: servicios que no cumplen con la definición de servicios de emergencia o urgentes, pero que son médicamente necesarios. El paciente usualmente, aunque no exclusivamente, programa estos servicios por adelantado.

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

III. Disposiciones generales

a. Entidades participantes

Esta política se aplica a los servicios prestados y facturados por el Hospital en los sitios establecidos en el Apéndice A - Ubicaciones participantes de MelroseWakefield Healthcare, entidades participantes. Esta política no se aplica a los servicios prestados y facturados por las entidades enumeradas en el Apéndice B - Lista de proveedores de atención médica afiliados a MelroseWakefield, entidades no participantes, incluso en el caso de que dichos servicios puedan prestarse en las ubicaciones del Hospital que se establecen en el Apéndice A.

b. Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente de MelroseWakefield Healthcare se definen como:

- i. pacientes sin seguro de salud (“sin seguro”);
- ii. pacientes cuyo único “seguro” es *Massachusetts Health Safety Net*;
- iii. pacientes que tienen saldos debido a que sus beneficios están “agotados” de acuerdo a su plan de seguro; o
- iv. pacientes cuyos saldos son producto de servicios “no cubiertos” para los que el seguro ha determinado que el paciente es totalmente responsable de los pagos asociados con los servicios excluidos. Esto incluye servicios que la aseguradora se negó a cubrir debido a la limitación de la red de la aseguradora.

c. Responsabilidades del paciente:

- i. El paciente tiene una serie de responsabilidades que cumplir para calificar para recibir asistencia del Hospital conforme a esta política, incluidas:
 1. la obligación de obtener y mantener una cobertura de seguro, si tiene una cobertura a su disposición;
 2. la obligación de solicitar cualquier programa de seguro patrocinado por el gobierno para el que pueda calificar;
 3. la obligación de presentar, de manera oportuna, toda la documentación solicitada de ingresos, bienes, identidad y residencia que se requiere para inscribirse en la cobertura estatal y/o llenar la solicitud de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare;
 4. la obligación de mantener al Hospital al tanto de su información demográfica y de seguro actual; y
 5. la obligación de pagar todos los saldos de acuerdo con los plazos acordados.

d. Asistencia y asesoría financieras de MelroseWakefield Healthcare:

- i. Los coordinadores de seguros revisan de forma proactiva a los pacientes identificables sin seguro y con seguro insuficiente que tienen el servicio programado, y coordinan con los pacientes y los asesores financieros de MelroseWakefield Healthcare una cita para hablar de las opciones de asistencia financiera.
- ii. Los pacientes también son remitidos a los asesores financieros de los departamentos de atención médica de MelroseWakefield.
- iii. Los asesores financieros evalúan a los pacientes para determinar si califican para obtener una cobertura de seguro pública o privada.
 1. MelroseWakefield Healthcare evalúa a los pacientes con respecto a los programas estatales y federales para los que califican. Para calificar para recibir descuentos conforme a esta política, es posible que los pacientes deban solicitar una variedad de programas estatales y federales, incluidos, entre otros, MassHealth y/o Medicare.
 2. Si el paciente cumple con los requisitos de calificación del sistema público, los asesores

financieros asesorarán al paciente sobre el proceso de solicitud y lo ayudarán con la solicitud cuando sea posible.

3. Si el paciente no cumple con los requisitos de calificación del sistema público (es decir, con base en su nivel federal de pobreza (FPL), estado migratorio, etc.), se le niega el acceso a los programas públicos disponibles, o si el programa público no cubre completamente los costos del paciente, los asesores financieros le informarán de las opciones de cobertura privada y evaluarán si el paciente califica para el programa de descuentos de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare (Sección IV a continuación).

IV. Programas de descuentos para pacientes de MelroseWakefield Healthcare

- a. MelroseWakefield Healthcare ofrece los siguientes programas de descuento para pacientes:
 - i. Descuento para pacientes de bajos ingresos, de acuerdo a los umbrales del FPL de MelroseWakefield Healthcare (Sección IV(g)).
 - ii. Descuento por dificultades médicas, de acuerdo a los umbrales de MelroseWakefield Healthcare (Sección IV(h)).
 - iii. Descuento para personas sin seguro y con seguro insuficiente (Sección IV(i)).

Los descuentos de estos programas pueden otorgarse a todos los saldos de los cargos brutos que son responsabilidad del paciente y que cumplen con los umbrales determinados por MelroseWakefield Healthcare en el Apéndice C: montos de descuento de la asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare, excluyendo los copagos, deducibles y coseguros del paciente. Si el paciente califica para múltiples programas de descuento, se le otorgará el programa con el descuento más alto.

Los descuentos no se otorgarán sobre la base de ninguna relación que el paciente o su familia puedan tener con cualquier empleado del hospital o miembro del cuerpo directivo. Los descuentos no se otorgarán sobre la base de cualquier consideración de “cortesía profesional” para un médico o su familia. Los descuentos no se ofrecerán a los pacientes para inducir al paciente a recibir servicios, ni se vincularán de ninguna manera con la generación de negocios pagaderos por un programa federal de atención médica, ni se canjearán por dinero en efectivo por artículos o servicios proporcionados por el Hospital, o cualquier otra entidad de MelroseWakefield Healthcare (esto incluye descuentos en la tienda de regalos, cafetería, etc.).

b. Proceso de solicitud y evaluación

- i. Los pacientes deben presentar una solicitud de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare (Apéndice D) junto con la documentación de respaldo necesaria para ser considerados para recibir asistencia. La documentación necesaria puede incluir, entre otras, constancias de: (1) ingresos anuales del hogar (talones de pago de nómina, registro de pagos de seguridad social y una carta del empleador, declaraciones de impuestos o estados de cuenta bancarios), (2) ciudadanía e identidad, (3) estado de inmigración para no ciudadanos (si corresponde), (4) activos de aquellas personas que tienen 65 años o más, y (5) información de seguros, incluida la cobertura de beneficios y limitaciones de la red. Toda la documentación de respaldo debe presentarse dentro de los 30 días posteriores a la presentación inicial de la solicitud para que la solicitud sea considerada por el Hospital.
- ii. Se pueden enviar al Hospital solicitudes confidenciales para menores de edad y personas maltratadas. Estas personas deben ponerse en contacto con los asesores financieros.
- iii. MelroseWakefield Healthcare no toma en cuenta las decisiones previas de elegibilidad para la asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare al tomar su decisión sobre la solicitud de asistencia financiera de un paciente.

- iv. MelroseWakefield Healthcare se reserva el derecho de volver a verificar si el cliente sigue calificando para recibir descuentos cada seis meses.
- c. Aprobación para la cobertura:
 - i. El Hospital notificará a los pacientes por escrito de las decisiones de elegibilidad del programa de MelroseWakefield Healthcare. Consulte el Apéndice E: notificaciones de determinación de elegibilidad del programa de atención médica de MelroseWakefield.
 - ii. El Hospital se reserva el derecho de negar solicitudes si no recibe oportunamente toda la documentación de respaldo.
 - iii. Las apelaciones de las decisiones de elegibilidad del programa se pueden reconsiderar si un solicitante proporciona al Hospital información nueva.
 - iv. El Departamento de Cuentas de Pacientes será responsable de determinar si el Hospital ha realizado esfuerzos razonables para decidir si una persona califica para recibir asistencia financiera.
- d. Limitaciones de ingresos del paciente:
 - i. Para los residentes de los Estados Unidos, los montos del nivel federal de pobreza (FPL) publicados más recientemente para el ingreso total de la familia se utilizarán como el principal factor decisivo para los descuentos descritos en la Sección IV(g) y 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 política, pero que no cumplan con los criterios de calificación del FPL pueden tener derecho al descuento para personas sin seguro y con seguro insuficiente descrito en la Sección IV(i) abajo.
 - iii. Todos los pacientes que cumplan con los requisitos de la Sección III(c) de esta política pueden calificar para un descuento por dificultades médicas de MelroseWakefield Healthcare descrito en la Sección IV(h) abajo.
- e. Servicios subvencionables:
 - i. Esta política generalmente se limita a los servicios médicamente necesarios prestados y facturados por MelroseWakefield Healthcare, que incluyen:
 - 1. servicios de emergencia;
 - 2. servicios urgentes; y
 - 3. servicios que no son de emergencia, servicios no urgentes.
- f. Exclusiones:
 - i. MelroseWakefield Healthcare no proporciona asistencia financiera para servicios médicamente no necesarios, ya que dichos servicios los determina el médico tratante. Ejemplos de servicios que no califican para recibir asistencia financiera del Hospital incluyen, entre otros, los servicios no médicos (por ejemplo, sociales, educativos o vocacionales, cirugía estética, investigación u otros). La decisión de qué servicios se consideran subvencionables según esta política reside únicamente en el Hospital.
 - ii. MelroseWakefield Healthcare generalmente no ofrece descuentos a pacientes por servicios que no son de emergencia ni servicios no urgentes en los que el paciente previó la necesidad de la atención y el paciente llegó a MelroseWakefield Healthcare desde un punto fuera de su área de servicio para recibir atención cuando los servicios se ofrecen dentro del área de servicio al paciente.
 - iii. Los copagos, deducibles y coseguros de los pacientes están excluidos de la cobertura de esta política.
- g. Descuento para pacientes de bajos ingresos de MelroseWakefield Healthcare:
 - i. Para los residentes de los Estados Unidos, el principal factor decisivo serán los montos del nivel federal de pobreza (FPL) publicados más recientemente para el ingreso total de la familia. Los descuentos basados únicamente en el ingreso generalmente se limitan a pacientes con niveles de ingreso familiar inferiores al 301% del FPL.

- ii. A los pacientes que cumplan con este umbral se les ofrecerá un descuento igual o superior a la cantidad generalmente facturada (AGB), tal como se describe en la Sección IV(j) abajo.
 - iii. La decisión de otorgar este descuento corresponde a MelroseWakefield Healthcare.
 - iv. Consulte el Apéndice C y el Apéndice D para obtener detalles adicionales.
- h. Descuento por dificultades médicas de MelroseWakefield Healthcare:
- i. Los pacientes que no cumplan con los requisitos de los umbrales de FPL necesarios para calificar para el descuento de pacientes de bajos ingresos de MelroseWakefield Healthcare aún pueden calificar para recibir un descuento si pueden demostrar que sus gastos médicos superan el 20% de sus ingresos familiares. Los gastos deben haber ocurrido dentro de los 12 meses anteriores y están limitados a aquellos gastos que potencialmente podrían calificar como un gasto médico según las normativas del Servicio de Impuestos Internos.
 - ii. La decisión de otorgar este descuento corresponde a MelroseWakefield Healthcare.
 - iii. Consulte el Apéndice C y el Apéndice D para obtener detalles adicionales.
- i. Política de descuentos para pacientes sin seguro y con seguro insuficiente de MelroseWakefield Healthcare:
- i. MelroseWakefield Healthcare ofrecerá un descuento a los pacientes de todos los niveles de ingresos, independientemente del estatus de residencia, que cumplan con los requisitos de “Pacientes sin seguro y con seguro insuficiente” que figuran en la Sección III(b) anterior, que cumplan con las responsabilidades de los pacientes de la Sección III(c) anterior, y que presente una solicitud de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare.
 - ii. Todos los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan con las condiciones de esta política califican para recibir un descuento de hasta el 40% en servicios subvencionables si se recibe el pago, o si se acuerda un plan de pagos, en un plazo no mayor de los 30 días a partir de la factura inicial.
 - 1. Para servicios que no sean de emergencia, servicios no urgentes, el pago debe hacerse en su totalidad, o acordar un plan de pagos, antes de la prestación del servicio. Si los cargos reales exceden el estimado, el paciente debe pagar cualquier monto adicional adeudado en un plazo no mayor de los 30 días a partir de la factura inicial.
 - a. Si los cargos adicionales no se pagan de manera oportuna, se puede anular todo el acuerdo de descuento y se facturará al paciente el cargo total.
 - 2. Para servicios de emergencia o servicios urgentes, se debe realizar el pago o acordar un plan de pagos en un plazo no mayor de los 30 días a partir de la factura inicial.
 - iii. Al evaluar si otorga un descuento según esta política, MelroseWakefield Healthcare puede tener en cuenta si un paciente está al día con todos los saldos pendientes.
- j. Bases para el cálculo de las cantidades cobradas a los pacientes:
- i. Luego de una decisión de elegibilidad de un paciente para los programas de descuento establecidos en la Sección IV(g) o la Sección IV(h) anteriores, el Hospital no le cobrará a un paciente una cantidad mayor que la cantidad generalmente facturada (“AGB”) por los servicios subvencionables.
 - ii. MelroseWakefield Healthcare calcula la AGB dividiendo primero los pagos totales entre los cargos totales de todos los planes comerciales y de tarifa por servicio (FFS) de Medicare y de los planes de atención administrados por Medicare en el total del año fiscal anterior para calcular el factor de pago a cuenta (PAF) del año fiscal anterior. Esto generalmente se hace en octubre cuando se dispone de los datos más precisos de los planes de salud. El descuento mínimo para pacientes de bajos ingresos de MelroseWakefield Healthcare es igual al inverso del PAF del año fiscal anterior, que es la AGB.
 - iii. Fórmula de cálculo de la AGB
PAF = Pagos totales

Cargos totales de planes comerciales, FFS de Medicare y planes de atención administrados por Medicare

AGB = inverso del PAF

- iv. Por ejemplo, un cálculo de AGB:
 1. Pagos totales de planes comerciales, FFS de Medicare y planes de atención administrados por Medicare: USD 431
 2. Cargos totales de planes comerciales, FFS de Medicare y planes de atención administrados por Medicare: USD 1.000
 3. PAF: 43.07%
 4. Descuento de AGB para pacientes de bajos ingresos de MelroseWakefield Healthcare: 56.93%
- v. El descuento mínimo para pacientes de bajos ingresos de MelroseWakefield Healthcare, que es la AGB, es de 56.93% y entra en vigor el 1-Oct-2018. Esto se calculó con base en los reclamos pagados de los planes comerciales, FFS de Medicare y planes de atención administrados por Medicare en el período que va del 1-Oct-2017 al 30-Sep-2018.

V. Plan de pagos

Se ofrecerán planes de pago sin intereses para servicios subvencionables a todos los pacientes que cumplan con los criterios establecidos en la Sección III(c) anterior, a solicitud. La aceptación final de un plan de pagos está sujeta a una revisión completa del estatus del paciente y su historial de pagos. MelroseWakefield Healthcare procesará todos los planes de pagos de los pacientes. Los planes de pagos son monitoreados por un proveedor externo. Se espera el pleno cumplimiento del paciente si se acuerda un plan de pagos. Si un paciente deja de hacer dos pagos consecutivos, el plan de pagos se cancela y el Hospital puede colocar la cuenta en la sección de Insolvencia de acuerdo con los procedimientos y las protecciones establecidas en la política de crédito y cobro del Hospital (disponible en www.melrosewakefield.org/FAP). Tras la notificación por parte del paciente de cambios en sus circunstancias económicas, el Hospital puede volver a evaluar la obligación de pagos pendientes del paciente.

- a. Los pacientes que se determine que son pacientes de bajos ingresos o que califican para el descuento por dificultades médicas según el programa Massachusetts Health Safety Net (HSN) no están obligados a cumplir con los criterios establecidos en la Sección III(c) antes de que el Hospital ofrezca un plan de pagos. Para los pacientes de HSN de bajos ingresos o con dificultades médicas con un saldo de USD 1.000 o menor, dicho plan de pagos deberá ser al menos un plan de un año sin intereses con un pago mínimo de no más de USD 25 por mes. Para los pacientes de HSN de bajos ingresos o con dificultades médicas con un saldo de USD 1.000 o más, dicho plan de pagos deberá ser al menos un plan de dos años sin intereses.

VI. Falta de pago

El Hospital tiene una política de crédito y cobro separada que describe las medidas que el hospital puede tomar en caso de la falta de pago e incluye una lista de tipos de pacientes que pueden estar protegidos por la ley estatal de cualquier acción de cobro. Antes de ejecutar cualquier acción de cobro excepcional conforme a dicha política, el Hospital hará un esfuerzo razonable para verificar si un paciente califica para recibir asistencia financiera conforme a esta política notificando al paciente por escrito sobre los programas de asistencia disponibles y ayudando a dicha persona a llenar la solicitud de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare. La política de crédito y cobro separada del Hospital está disponible para el público en el sitio web del Hospital en www.melrosewakefield.org/FAP.

VII. Publicación y difusión de la FAP

- a. Puede encontrar en línea la información sobre los asesores financieros de MelroseWakefield Healthcare, que ofrecen asesoría y asistencia financieras, e información sobre la política de asistencia financiera, en www.melrosewakefield.org/FAP.
 - i. Para programar una cita con un asesor financiero por teléfono, puede llamar al: 781-338-7111

- ii. Los asesores financieros de MelroseWakefield Healthcare están ubicados en los siguientes centros de MelroseWakefield Healthcare:
 - 1. MelroseWakefield Hospital, 1^{er} piso cerca de la entrada de Porter Street, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 - 2. Lawrence Memorial Hospital, al lado del *Emergency Department* (Servicio de Urgencias), 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.

- b. Publicación en Internet
 - i. Además de estar disponible a través de los asesores financieros de MelroseWakefield Healthcare, la política de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare, los formularios de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo están disponibles en: www.melrosewakefield.org/FAP.
 - 1. También se puede acceder a esta página web desde la página de inicio de MelroseWakefield Healthcare (www.melrosewakefield.org) seleccionando la opción *Patients & Visitors* (Pacientes y visitantes) y a continuación *Financial Assistance Policy* (Política de asistencia financiera).
 - 2. El sitio web incluye formas en que los pacientes pueden solicitar asistencia del Hospital, incluida una lista de centros donde se encuentran los asesores financieros y un número de teléfono central para programar una cita con un asesor financiero. En el sitio web se les notifica a los pacientes que los formularios de solicitud y asistencia financiera son gratuitos.

- c. El Hospital difunde ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera conforme a esta política de las siguientes maneras:
 - i. Se exhibe un letrero grande y visible (de 8 x 14 pulgadas) en todos los portales de entrada y otras áreas de alto tráfico, incluidos el Servicio de Urgencias y los departamentos de coordinación financiera y servicio al cliente.
 - ii. Los folletos en lenguaje sencillo que informan sobre la disponibilidad de las opciones de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare se encuentran en el Servicio de Urgencias y en las áreas de admisión.
 - iii. Un resumen de la FAP en lenguaje sencillo está a disposición de los pacientes como parte del proceso de ingreso y alta del Hospital.
 - iv. Copias de la política de asistencia financiera del Hospital, el formulario de solicitud y el resumen en lenguaje sencillo están a disposición de los pacientes, de forma gratuita, que solicitan una copia, en persona o por correo, y para cualquier paciente que tenga preguntas específicas.
 - 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, creole y árabe.
 - vi. El personal del programa comunitario del Hospital recibe capacitación sobre la FAP y tiene instrucciones de informar y notificar a los miembros de la comunidad sobre la disponibilidad de asistencia financiera en MelroseWakefield Healthcare.

VIII. Otras disposiciones:

- a. Insolvencia con Medicare:
 - i. Esta política también se puede usar para verificar la situación de indigencia de un paciente con el fin de calificar sus saldos resultantes de un coseguro o deducible de los servicios cubiertos por Medicare en los que se aplica la deuda incobrable de Medicare. El factor decisivo será el ingreso actual del paciente de los niveles de activos que ha reportado. Para calificar, el paciente debe tener un ingreso de menos del 201% del FPL y activos menores de USD 10.000 para el primer miembro de la familia con un margen adicional de USD 3.000 permitido para cada miembro de la familia

adicional. El cálculo de los activos nunca incluirá la residencia principal o el automóvil principal. El hecho de que el paciente llene una solicitud de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare será una prueba de que el paciente no puede utilizar los activos para pagar sus saldos pendientes.

- b. Evaluación caso por caso:
 - i. Se recomienda a los pacientes que pongan al tanto de su situación económica particular a los asesores financieros o al Departamento de Cuentas de Pacientes. MelroseWakefield Healthcare puede ampliar los descuentos más allá de las disposiciones de esta política, dependiendo del caso, para atender casos excepcionales de dificultades financieras.
 - ii. Los descuentos actuales que van más allá del alcance de esta política pueden otorgarse con la aprobación del director de Finanzas (CFO) del Hospital.

IX. Aprobación de la Junta Directiva

La FAP de MelroseWakefield Healthcare fue aprobada por el Consejo de Administración de MelroseWakefield Healthcare el 24 de enero de 2019.

Apéndice A: ubicaciones participantes de MelroseWakefield Healthcare, entidades participantes

para obtener una lista de las entidades participantes, consulte www.melrosewakefield.org/FAP

Apéndice B: lista de proveedores de atención médica afiliados a MelroseWakefield, entidades no participantes

Para obtener una lista de entidades no participantes, consulte www.melrosewakefield.org/FAP

Apéndice C: montos de descuento de la asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare

Tamaño de la familia	100% del FPL	Hasta 150% del FPL	Hasta 300% del FPL	Más de 301% del FPL
1	USD 12.492	USD 18.744	USD 37.476	USD 37.477
2	USD 16.920	USD 25.368	USD 50.736	USD 50.737
3	USD 21.336	USD 32.004	USD 63.996	USD 63.997
4	USD 25.752	USD 38.628	USD 77.256	USD 77.257
5	USD 30.180	USD 45.264	USD 90.516	USD 90.517
6	USD 34.596	USD 51.888	USD 103.776	USD 103.777
7	USD 39.012	USD 58.524	USD 117.036	USD 117.037
8	USD 43.440	USD 65.148	USD 130.296	USD 130.297
Cada persona cuando son > 8	USD 4.428	USD 6.636	USD 13.260	USD 13.261
Descuento		100%	58%	40%
Pago esperado del paciente		0%	42%	60%

Se entiende por FPL el nivel federal de pobreza, publicado en enero de 2019, según lo define el Registro Federal.

Solicitud de asistencia financiera

MelroseWakefield Healthcare se enorgullece de brindar la mejor atención para cada paciente. MelroseWakefield Healthcare ofrece asistencia financiera a través de su política de asistencia financiera a los pacientes que no pueden pagar la atención de emergencia o médicamente necesaria. La asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare no cubre la atención relacionada que no sea de emergencia o de urgencia. No fue concebida para proporcionar descuentos en copagos, coseguros o deducibles de seguros.

Se espera que los pacientes que tienen los medios económicos paguen por los servicios recibidos en MelroseWakefield Healthcare. Sin embargo, usted tiene a su disposición la posibilidad de calificar para recibir asistencia financiera. Se recomienda encarecidamente a los pacientes que soliciten cualquier programa de asistencia gubernamental disponible, como MassHealth o Health Safety Net, antes de solicitar el programa de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare. Si no solicita un programa de asistencia gubernamental para el que usted posiblemente califica, se puede producir un retraso o negación de su solicitud. Si necesita ayuda para solicitar programas de asistencia del gobierno, uno de nuestros asesores financieros de MelroseWakefield Healthcare puede proporcionársela.

Su calificación para los programas de asistencia financiera depende de que usted llene esta solicitud de asistencia financiera con la información completa y exacta.

Instrucciones para la solicitud

Por favor, llene por completo la solicitud de asistencia financiera e incluya copias de los siguientes documentos para todos los solicitantes. Si no se entregan todos los documentos necesarios en un plazo no mayor de 30 días, se negará la solicitud. Por favor, adjunte copias de cualquier documento que envíe ya que lamentablemente no se pueden devolver.

- Llene todas las secciones que correspondan 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 comprueben su residencia actual. Cualquier documento enviado debe incluir su nombre y dirección actual.
- Incluya una copia de su(s) tarjeta(s) de seguro.
- Incluya algún tipo de comprobante de ingresos:
 - Incluya una copia de su(s) formulario(s) W2 o recibos de pago más recientes (cuatro si le pagan semanalmente, dos si le pagan dos veces por mes)
 - Si ha habido un cambio reciente en los ingresos, incluya documentación como declaraciones de desempleo, declaraciones bancarias / de inversión, declaraciones de atención a largo plazo, declaraciones de pensiones y/o declaraciones del seguro social.
- Si el paciente falleció, proporcione una copia del certificado de defunción y una carta que indique el estado del patrimonio.

Asesores financieros:

Para obtener ayuda para llenar su solicitud, comuníquese con nosotros llamando al **781-338-7111** y programe una cita con uno de los asesores financieros de MelroseWakefield Healthcare. Los asesores financieros están ubicados en: MelroseWakefield Hospital, 585 Lebanon Street, en el primer piso cerca de la entrada de Porter Street en Melrose o en Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, cerca del Servicio de Urgencias en Medford.

Por favor envíe su solicitud completa a:

MelroseWakefield Healthcare
Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Parte I: Acerca del paciente		
Nombre del paciente:		
Fecha de nacimiento del paciente:	SSN (Nro. de Seguro Social) del paciente:	Teléfono:
Dirección actual:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Si la respuesta es negativa, ¿es usted residente permanente y reside legalmente en los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		
Información del solicitante (si es diferente a la información del paciente indicada arriba)		
El solicitante es el paciente o la persona que es económicamente responsable del paciente.		
Nombre del solicitante:		
Dirección actual del solicitante:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:
Teléfono del solicitante:		
Acerca del hogar del paciente		
Indique los nombres de todos los miembros del hogar, su fecha de nacimiento y la relación con el solicitante. Un miembro del hogar es una persona que está relacionada con usted o que vive con usted durante todo el año como miembro de su familia y que está incluida 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 del seguro del paciente		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Ha presentado una solicitud de Medicaid en los últimos seis (6) meses?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Tiene una solicitud de Medicaid pendiente o aprobada?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Su solicitud de Medicaid ha sido negada?		
<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Tiene seguro médico?		
Información del seguro primario:		
Nombre del seguro:		
Dirección del seguro:		
Póliza / Nro. de ident.:	Grupo nro.:	
Nombre del asegurado:		
Fecha de nacimiento del asegurado:	Relación con el asegurado:	
Empleador del asegurado:	Fecha de vigencia:	
Información del seguro secundario:		
Nombre del seguro:		
Dirección del seguro:		
Póliza / Nro. de ident.:	Grupo nro.:	
Asegurado:	Fecha de nacimiento del asegurado:	
Relación con el asegurado:	Empleador del asegurado:	
Fecha de vigencia:		

Parte 3: Ingreso bruto mensual y activos

Llene esta parte acerca de los ingresos percibidos y activos del paciente y de cada miembro del hogar que figura en la Sección 1 que trabaja. Indique los ingresos brutos, que son los ingresos 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
Sueldo / salario / propinas						
Compensación por desempleo						
Seguridad social						
Manutención de los hijos + Pensión alimenticia						
Ingresos por cuenta propia, después de gastos						
Ingresos por intereses / dividendos						
Pensión						
Cuenta individual de retiro (IRA) / acciones / bonos						
Ingresos por alquiler						
Pagos de fideicomiso						
Compensación laboral						
Beneficios para veteranos						

Falta de declaración de ingresos

SÍ NO Si el ingreso familiar es cero, ¿hay alguien que lo apoye?

Si su respuesta es afirmativa, y otra persona lo apoya económicamente, pídale que llene y firme la siguiente declaración.

Nombre del paciente: _____, actualmente no tiene ingresos. De momento lo estoy apoyando con comida, vivienda y la ropa que necesita. También le doy ayuda financiera por un promedio de USD _____ por mes.

Firma del donante: _____ Fecha: _____

Activos del hogar

Indique la información de cuentas corrientes o de ahorro a continuación.

Tipo de cuenta	Institución bancaria	Saldo a la fecha _____

Otros activos contables del hogar

Indique la información que tiene de cualquiera de los siguientes tipos de cuentas.

Tipo de cuenta	Institución bancaria	Saldo a la fecha _____
Acciones / bonos		
Certificado de depósito		
Bonos de ahorro de Estados Unidos		
Cuenta de ahorros para la salud		
Certificado de ahorro		
Navidad o clubes de vacaciones		
Otro		

Parte 4: Dificultades médicas

Esta sección puede que no aplique para usted. Por favor llene esta sección si tiene facturas médicas importantes. Enumere todos los gastos de atención médica de MelroseWakefield Healthcare y otros proveedores. La documentación se puede solicitar, pero no se necesita en este momento.

Nombre del proveedor	Gastos médicos totales	¿Con qué frecuencia incurre en el gasto?		
		<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 siguiente declaración jurada para que su solicitud sea considerada.

Juro y afirmo que toda la información indicada en este formulario es verídica, correcta y completa a mi mejor saber, creer y entender. Estoy de acuerdo en informar a MelroseWakefield Healthcare sobre cualquier cambio en los ingresos, recursos financieros u otra información indicada en este formulario que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera en MelroseWakefield Healthcare. Entiendo que se puede consultar mi crédito y otra información financiera para verificar mi declaración y elegibilidad para el programa. Entiendo que tengo treinta (30) días para presentar la documentación de respaldo exacta y necesaria para ser considerado para recibir un descuento.

Las declaraciones fraudulentas de un paciente con el fin de obtener asistencia financiera se enviarán a la oficina del Fiscal General de Massachusetts. Los pacientes que falsifiquen la solicitud del Programa ya no calificarán para el Programa y serán responsables de todos los cargos en los que se incurra mientras están inscritos en el Programa de forma retroactiva desde el primer día en que se incurrieron en los cargos en virtud del Programa.

Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

DECLARACIÓN JURADA – SOLO CORRESPONDE SI EL CÓNYUGE DEL SOLITANTE ESTÁ APLICANDO

Si el cónyuge del solicitante también solicita asistencia financiera, el cónyuge del solicitante **DEBE** firmar la siguiente declaración jurada a para que su solicitud sea considerada.

Juro y afirmo que toda la información indicada en este formulario es verídica, correcta y completa a mi mejor saber, creer y entender. Estoy de acuerdo en informar a MelroseWakefield Healthcare sobre cualquier cambio en los ingresos, recursos financieros u otra información indicada en este formulario que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera en MelroseWakefield Healthcare. Entiendo que se puede consultar mi crédito y otra información financiera para verificar mi declaración y elegibilidad para el programa. Entiendo que tengo treinta (30) días para presentar la documentación de respaldo exacta y necesaria para ser considerado para recibir un descuento.

Las declaraciones fraudulentas de un paciente con el fin de obtener asistencia financiera se enviarán a la oficina del Fiscal General de Massachusetts. Los pacientes que falsifiquen la solicitud del Programa ya no calificarán para el Programa y serán responsables de todos los cargos en los que se incurra mientras están inscritos en el Programa de forma retroactiva desde el primer día en que se incurrieron en los cargos en virtud del Programa.

Firma del cónyuge del solicitante: _____ Fecha: _____

MUESTRA E

[Carta de aprobación - Descuento parcial]

Fecha

Nombre

Calle

Ciudad, estado, código postal

Asunto: número(s) de cuenta del paciente: _____

Estimado(a) _____,

Recibimos su solicitud de asistencia para el pago de las facturas del hospital conforme a la política de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare. Luego de revisar su solicitud y los documentos de respaldo, hemos determinado que usted califica para una reducción en los cargos.

Las facturas del hospital por el servicio prestado del ___/___/___ al ___/___/___ por un total de USD _____, se reducirán a USD _____.

Nos pondremos en contacto con usted para ayudarlo a coordinar los pagos del saldo restante. Tenga en cuenta que hasta que la cantidad descontada no se haya pagado en su totalidad, continuará recibiendo facturas. Una vez que se hayan liquidado todos los pagos, el saldo se ajustará y sus facturas se considerarán pagadas en su totalidad. Además, tenga en cuenta que el descuento en este programa no se aplica a ningún copago, coseguro o deducible que continúen siendo su responsabilidad conforme a los términos de su seguro de salud.

Esta aprobación tendrá una vigencia de seis (6) meses. Si no está de acuerdo con esta decisión o cree que puede calificar para recibir descuentos adicionales, comuníquese con el asesor financiero llamando al número que se indica a continuación.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono

[Carta de aprobación – Descuento del 100%]

Fecha

Nombre

Calle

Ciudad, estado, código postal

Asunto: número(s) de cuenta del paciente: _____

Estimado(a) _____,

Recibimos su solicitud de asistencia para el pago de las facturas del hospital conforme a la política de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare. Luego de revisar su solicitud y los documentos de respaldo, hemos determinado que usted califica para recibir los servicios sin ningún costo para usted.

Las facturas del hospital por el servicio prestado del ___/___/___ al ___/___/___ por un total de USD _____, se reducirán a USD 0.

No debe recibir más facturas de nosotros por estos servicios.

Esta aprobación tendrá una vigencia de seis (6) meses. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el asesor financiero llamando al número que se indica a continuación.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono

[Carta de redeterminación – Descuento parcial a descuento del 100%]

Fecha

Nombre

Calle

Ciudad, estado, código postal

Asunto: número(s) de cuenta del paciente: _____

Estimado(a) _____,

La presente carta tiene como propósito dar seguimiento a nuestra determinación original con fecha ___/___/____. En esa determinación, llegamos a la conclusión de que usted solo calificaba para una reducción de los cargos del hospital en virtud de la política de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare.

A petición suya y con base en la información actualizada sobre ingresos y/o composición o circunstancias de su familia, hemos determinado que ahora califica para recibir los servicios hospitalarios sin ningún costo para usted. Por lo tanto, las facturas del hospital por el servicio prestado del ___/___/___ al ___/___/___ por un total de USD _____, se reducirán a USD 0.

No debe recibir más facturas de nosotros por estos servicios.

Esta aprobación tendrá una vigencia de seis (6) meses. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el asesor financiero llamando al número que se indica a continuación.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono

[Carta de redeterminación – Previamente no calificaba para el descuento del 100%]

Fecha

Nombre

Calle

Ciudad, estado, código postal

Asunto: número(s) de cuenta del paciente: _____

Estimado(a) _____,

La presente carta tiene como propósito dar seguimiento a nuestra determinación original con fecha ___/___/____. En esa determinación, llegamos a la conclusión de que usted no calificaba para recibir asistencia financiera en virtud de la política de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare.

A petición suya y con base en la información actualizada sobre ingresos y/o composición o circunstancias de su familia, hemos determinado que ahora califica para recibir los servicios hospitalarios sin ningún costo para usted. Por lo tanto, las facturas del hospital por el servicio prestado del ___/___/___ al ___/___/___ por un total de USD _____, se reducirán a USD 0.

No debe recibir más facturas de nosotros por estos servicios.

Esta aprobación tendrá una vigencia de seis (6) meses. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el asesor financiero llamando al número que se indica a continuación.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono

[Carta de redeterminación – Previamente no calificaba para el descuento parcial]

Fecha

Nombre

Calle

Ciudad, estado, código postal

Asunto: número(s) de cuenta del paciente: _____

Estimado(a) _____,

La presente carta tiene como propósito dar seguimiento a nuestra determinación original con fecha ___/___/____. En esa determinación, llegamos a la conclusión de que usted no calificaba para recibir asistencia financiera en virtud de la política de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare.

A petición suya y con base en la información actualizada sobre ingresos y/o composición o circunstancias de su familia, hemos determinado que ahora califica para una reducción en los cargos del hospital.

Las facturas del hospital por el servicio prestado del ___/___/___ al ___/___/___ por un total de USD _____, se reducirán a USD _____.

Nos pondremos en contacto con usted para ayudarlo a coordinar los pagos del saldo restante. Tenga en cuenta que hasta que la cantidad descontada no se haya pagado en su totalidad, continuará recibiendo facturas. Una vez que se hayan liquidado todos los pagos, el saldo se ajustará y sus facturas se considerarán pagadas en su totalidad. Además, tenga en cuenta que el descuento en este programa no se aplica a ningún copago, coseguro o deducible que continúen siendo su responsabilidad conforme a los términos de su seguro de salud.

Esta aprobación tendrá una vigencia de seis (6) meses. Si no está de acuerdo con esta decisión o cree que puede calificar para recibir descuentos adicionales, comuníquese con el asesor financiero llamando al número que se indica a continuación.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono

[Carta de redeterminación – La decisión original se mantiene - parcial]

Fecha

Nombre

Calle

Ciudad, estado, código postal

Asunto: número(s) de cuenta del paciente: _____

Estimado(a) _____,

La presente carta tiene como propósito dar seguimiento a nuestra determinación original con fecha ___/___/__. En esa determinación, llegamos a la conclusión de que usted solo calificaba para una reducción de los cargos del hospital en virtud de la política de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare.

A petición suya, hemos revisado y reconsiderado nuestra decisión original sobre su solicitud y hemos determinado que, con base en toda la información proporcionada, nuestra decisión original se mantiene y usted continúa calificando para recibir un descuento parcial.

Como se indica en nuestra carta de determinación original, las facturas por servicios hospitalarios por un monto de USD _____ por los servicios prestados del ___/___/___ al ___/___/___ se mantienen igual.

Por favor, envíe su pago total a la brevedad o llame al asesor financiero que se indica a continuación si necesita acordar un plan especial de pagos.

Si no está de acuerdo con esta decisión o tiene alguna pregunta, comuníquese con el asesor financiero que se indica a continuación.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono

[Carta de redeterminación – La decisión original se mantiene – no califica]

Fecha

Nombre

Calle

Ciudad, estado, código postal

Asunto: número(s) de cuenta del paciente: _____

Estimado(a) _____,

La presente carta tiene como propósito dar seguimiento a nuestra determinación original con fecha ___/___/____. En esa determinación, llegamos a la conclusión de que usted no calificaba para recibir asistencia en virtud de la política de asistencia financiera de MelroseWakefield Healthcare.

A petición suya, hemos revisado y reconsiderado nuestra decisión original sobre su solicitud y hemos determinado que, con base en toda la información proporcionada, nuestra decisión original se mantiene y usted sigue sin calificar para recibir asistencia en virtud del programa.

Por favor, envíe su pago total a la brevedad o llame al asesor financiero que se indica a continuación si necesita acordar un plan especial de pagos.

Si no está de acuerdo con esta decisión o tiene alguna pregunta, comuníquese con el asesor financiero que se indica a continuación.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono

[Carta de negación - general]

Fecha

Nombre

Calle

Ciudad, estado, código postal

Asunto: número(s) de cuenta del paciente: _____

Estimado(a) _____,

Gracias por enviar su solicitud de asistencia financiera para sus facturas del hospital en virtud de la política de asistencia financiera de Melrose Wakefield Healthcare.

Hemos revisado su solicitud y la documentación de respaldo y hemos determinado que usted no califica para recibir descuentos en virtud del programa. La decisión se tomó al comparar sus ingresos y el tamaño de su familia con las pautas del nivel federal de pobreza (FPL). Específicamente, se determinó que los ingresos de su hogar eran más altos que los permitidos.

Si no está de acuerdo con esta decisión o sus circunstancias han cambiado recientemente, con mucho gusto reconsideraremos su solicitud a la luz de cualquier información nueva con respecto a sus ingresos, tamaño o circunstancias de la familia. Si desea que revisemos su solicitud, envíe los documentos pertinentes o llame al asesor financiero al número que se indica a continuación para plantear su pregunta.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono

[Carta de negación – Solicitud incompleta]

Fecha

Nombre

Calle

Ciudad, estado, código postal

Asunto: número(s) de cuenta del paciente: _____

Estimado(a) _____,

Recibimos una solicitud con fecha ___ / ___ / ___ para recibir asistencia con sus facturas del hospital en virtud de la política de asistencia financiera de Melrose Wakefield Healthcare.

Hasta hoy, no hemos recibido la documentación necesaria para procesar la solicitud y comunicarle una decisión. Por este motivo, estamos negando su solicitud de asistencia en este momento.

Si aún está interesado en ser considerado para recibir asistencia financiera, le recomendamos que presente una nueva solicitud y nos la envíe con toda la documentación de respaldo. La revisaremos con gusto y le notificaremos si califica para recibir asistencia financiera.

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el asesor financiero que se indica a continuación.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono

[Carta de negación – servicios no subvencionables]

Fecha

Nombre

Calle

Ciudad, estado, código postal

Asunto: número(s) de cuenta del paciente: _____

Estimado(a) _____,

Gracias por enviar su solicitud de asistencia financiera con fecha ___/___/___ para sus facturas del hospital en virtud de la política de asistencia financiera de Melrose Wakefield Healthcare.

Lamentamos informarle que los servicios que recibió el ___/___/___ no se consideran médicamente necesarios y, como tales, no califican para recibir asistencia financiera en virtud del programa.

Por favor, envíe su pago total a la brevedad o llame al asesor financiero que se indica a continuación si necesita acordar un plan especial de pagos.

Si no está de acuerdo con esta decisión o tiene alguna pregunta, comuníquese con el asesor financiero que se indica a continuación.

Atentamente,

Nombre

Cargo

Número de teléfono