

Política de Assistência Financeira

Índice

I. Âmbito	3
II. Definições	3
III. Disposições Gerais	4
a. Entidades Participantes.....	4
b. Pacientes Não Segurados e Subsegurados do MelroseWakefield Healthcare são definidos como.....	4
c. Responsabilidade do Paciente	4
d. Assistência Financeira e Aconselhamento do MelroseWakefield Healthcare.....	4
IV. Programas de Desconto para Pacientes do MelroseWakefield	5
a. O MelroseWakefield Healthcare oferece os seguintes programas de desconto para pacientes.....	5
b. Processo de Candidatura e Triagem	5
c. Aprovação da Cobertura	6
d. Limitações da Rendimento do Paciente.....	6
e. Serviços Elegíveis.....	6
f. Exclusões	6
g. Desconto para Pacientes com Baixos Rendimentos do MelroseWakefield Healthcare.....	6
h. Desconto Devido a Dificuldades Médicas do MelroseWakefield	7
i. Política de Desconto para Pacientes Sem Seguro e Subsegurados do MelroseWakefield Healthcare	7
j. Base para o Cálculo dos Valores a Cobrar aos Pacientes.....	7
V. Plano de Pagamento	8
VI. Não Pagamento	8
VII. Publicação e Divulgação do FAP (Plano de Assistência Financeira)	8
a. Informações sobre os conselheiros financeiros do MelroseWakefield Healthcare, que oferecem aconselhamento financeiro e assistência financeira, e informações sobre a política de assistência financeira podem ser encontradas on-line em www.melrosewakefield.org/FAP	8
b. Publicação na Internet	9
c. O Hospital divulga amplamente a disponibilidade de assistência financeira sob esta política das seguintes formas	9
VIII. Outras Disposições	9
a. Dívidas Incobráveis Medicare	9
b. Avaliação Caso a Caso	10
IX. Aprovação do Conselho	10

I. Âmbito

O MelroseWakefield Healthcare, comumente referido como "Hospital" em toda esta política, está empenhado em fornecer serviços de saúde de qualidade para a comunidade. O Hospital oferece serviços médicos necessários a todos os pacientes, independentemente da sua capacidade de pagamento. O Hospital não deverá discriminar com base na raça, cor, nacionalidade, cidadania, alienação, religião, credo, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, idade, deficiência, abuso de substâncias, estatuto socioeconômico, ausência de seguro ou aparência física na prestação dos seus serviços. De modo a fornecer serviços de alta qualidade e apoiar as necessidades da sua comunidade, o MelroseWakefield Healthcare deverá manter uma base financeira viável que inclua a cobrança oportuna das suas contas a receber.

O MelroseWakefield Healthcare reconhece que alguns pacientes têm meios limitados e poderão não ter acesso à cobertura de seguro para todos os serviços. Esta política foi desenvolvida para informar os pacientes sem seguro, com seguro insuficiente e com recursos financeiros limitados sobre os vários programas de assistência financeira do Hospital que podem estar disponíveis para eles.

Espera-se que os pacientes que possuam meios paguem pelos serviços prestados pelo MelroseWakefield Healthcare. Esta política pressupõe que os pacientes que têm acesso a um seguro acessível se candidatem e mantenham a sua cobertura. Os programas de assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare destinam-se principalmente a pacientes que não têm seguro de saúde, tanto de uma fonte pública (por exemplo, Medicare ou Medicaid) como privada (por exemplo, Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim, etc.) e tenham uma necessidade financeira por atender. Se os critérios aplicáveis forem cumpridos, os descontos do MelroseWakefield Healthcare poderão estar disponíveis para pacientes com necessidade financeira comprovada, seja devido a um rendimento limitado ou se as suas despesas médicas constituem uma parcela excessiva do seu rendimento.

II. Definições

Serviços de Emergência: serviços médicos necessários fornecidos após o início de uma condição médica, física ou mental, manifestando-se por sintomas de severidade suficiente, incluindo dor severa, onde a falta de atenção médica imediata poderia ser razoavelmente esperada por um leigo prudente que possui um conhecimento médio de saúde e medicina que resulte na colocação da saúde da pessoa ou de outra pessoa em sério risco, comprometimento grave da função do corporal ou disfunção grave de qualquer órgão ou parte do corpo, ou em relação a uma mulher grávida, conforme definido em 42 USC § 1395dd (e)(1)(B). Exame de triagem médica e qualquer tratamento estabilizador para uma condição médica de emergência, incluindo, mas não limitado a, tratamento médico de internamento ou qualquer outro serviço prestado na medida exigida pela Lei do Tratamento Médico de Emergência e Trabalho (EMTALA - Emergency Medical Treatment and Labor Act) (42 USC § 1395), qualifica como Serviços de Emergência.

Serviços de Urgência: serviços médicos necessários fornecidos após o início súbito de uma condição médica, física ou mental, manifestando-se por sintomas agudos de severidade suficiente (incluindo dor intensa) que um leigo prudente acreditaria que a ausência de atendimento médico dentro de 24 horas poderia razoavelmente resultar na colocação da saúde do paciente em risco, comprometimento da função corporal ou disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo. Os serviços de urgência são fornecidos em condições que não ameçam a vida e não representam um alto risco de danos sérios à saúde de um indivíduo.

Serviços Médicos Necessários Não Emergentes, Não Urgentes: serviços que não cumprem com a definição dos serviços de emergência ou urgência, mas que são medicamente necessários. O paciente normalmente, mas não exclusivamente, agenda estes serviços com antecedência.

Serviços Não Médicos Necessários: um procedimento, teste ou serviço que não afeta a qualidade da saúde ou exige que cuidados de emergência ou urgência sejam prestados.

III. Disposições Gerais

a. Entidades Participantes

Esta política aplica-se aos serviços prestados e faturados pelo Hospital nos locais estabelecidos no Anexo A - Locais do MelroseWakefield Healthcare, Entidades Participantes. Esta política não se aplica a serviços prestados e faturados pelas entidades indicadas no Anexo B - Lista de Prestadores Afiliadas do MelroseWakefield Healthcare, Entidades Não Participantes, mesmo no caso em que tais serviços possam ser prestados nos locais do Hospital estabelecidos no Anexo A.

b. Pacientes Não Segurados e Subsegurados do MelroseWakefield Healthcare são definidos como:

- i. Pacientes sem seguro de saúde (“sem seguro”);
- ii. Pacientes cujo único “seguro” é o Massachusetts Health Safety Net;
- iii. Pacientes que possuem saldos resultantes dos benefícios “esgotados” no seu plano de seguro; ou
- iv. Pacientes cujos saldos resultam de serviços “não cobertos” onde o seguro determinou que o paciente é totalmente responsável pelos encargos associados aos serviços excluídos. Isto inclui serviços em que a seguradora negou cobertura devido à limitação da rede da seguradora.

c. Responsabilidade do Paciente:

- i. O paciente tem várias responsabilidades a cumprir de modo a se qualificar para receber assistência do Hospital sob esta política, incluindo:
 1. Obrigação de obter e manter a cobertura do seguro, se uma cobertura acessível estiver disponível para eles;
 2. Obrigação de se candidatar a qualquer programa de seguro patrocinado pelo governo, para o qual se qualifique;
 3. Obrigação de submeter, em tempo útil, toda a documentação solicitada sobre rendimentos, bens, identidade e residência, necessária para se inscrever na cobertura do Estado e/ou para concluir a candidatura de assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare;
 4. Obrigação de manter o Hospital informado sobre as informações demográficas e de seguro atuais; e
 5. Obrigação de pagar todos os saldos de acordo com prazos estabelecidos.

d. Assistência Financeira e Aconselhamento do MelroseWakefield Healthcare:

- i. Os Coordenadores do Seguro revêm proativamente os pacientes não segurados e subsegurados identificáveis agendados para o serviço e coordenam com os pacientes e com os Conselheiros Financeiros do MelroseWakefield Healthcare o agendamento de consultas para discutir as opções de assistência financeira.
- ii. Os pacientes também são reencaminhados para os Conselheiros Financeiros dos departamentos de saúde do MelroseWakefield.
- iii. Os Conselheiros Financeiros triam os pacientes quanto à elegibilidade para a cobertura de seguro, tanto pública como privada.
 1. O MelroseWakefield Healthcare faz a triagem de pacientes elegíveis para programas estaduais e federais. De modo a serem elegíveis para descontos sob esta política, os pacientes podem ser solicitados a se candidatarem a uma variedade de programas estaduais e federais, incluindo mas não limitado ao MassHealth e/ou Medicare.
 2. Se o paciente cumprir com as diretrizes de elegibilidade pública, os Conselheiros Financeiros aconselharão sobre o processo de candidatura e auxiliarão o paciente com a candidatura

quando possível.

3. Se o paciente não cumprir com as diretrizes de elegibilidade pública (isto é, com base no seu Nível Federal de Pobreza/Federal Poverty Level ("FPL"), estatuto de imigração, etc.), é-lhe negado qualquer programa público disponível ou se o programa público não cobrir totalmente os custos do paciente, os Conselheiros Financeiros aconselharão sobre as opções de cobertura privada e selecionarão o paciente para elegibilidade sob o Programa de Descontos da Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare (Seção IV abaixo).

IV. Programas de Desconto para Pacientes do MelroseWakefield

- a. O MelroseWakefield Healthcare oferece os seguintes programas de desconto para pacientes:
 - i. Desconto para pacientes com baixos rendimentos, conforme qualificado pelos limites do FPL do MelroseWakefield Healthcare (Seção IV(g)).
 - ii. Desconto devido a Dificuldades Médicas, conforme qualificado pelos limites do MelroseWakefield Healthcare (Seção IV(h)).
 - iii. Desconto a Não Segurados e Subsegurados (Seção IV(i)).

Os descontos ao abrigo destes programas podem ser concedidos a todos os saldos de encargos brutos com uma responsabilidade do paciente que cumpram com os limites estabelecidos no Anexo C - Montantes de desconto da assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare, excluindo copagamentos, franquias e cosseguro do paciente. Se os pacientes se qualificarem para vários programas de desconto, o programa com o maior desconto será concedido.

Os descontos não serão baseados em qualquer relacionamento que o paciente ou ao seus familiares possam ter com qualquer funcionário do Hospital ou membro do corpo diretivo. Os descontos não serão estendidos com base em qualquer consideração de "cortesia profissional" para um médico ou a sua família. Os descontos não serão oferecidos aos pacientes, para induzir o paciente a receber serviços ou de outra forma estar ligado de qualquer maneira à geração de negócio a pagar por um programa de saúde federal, nem serão resgatáveis por dinheiro, itens ou serviços fornecidos pelo Hospital ou qualquer outra entidade do MelroseWakefield Healthcare (isto inclui os descontos na loja de presentes, no refeitório, etc.).

- b. Processo de Candidatura e Triagem
 - i. Os pacientes devem submeter uma Candidatura de Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare preenchida (Anexo D) juntamente com a documentação de apoio necessária para serem considerados para a assistência. A documentação necessária pode incluir, mas não se limita à comprovação de: (1) rendimento familiar anual (recibos de pagamento, registo de pagamentos à segurança social e uma carta do empregador, declarações fiscais ou extratos bancários), (2) cidadania e identidade, (3) estatuto de imigração para não cidadãos (se aplicável), (4) bens daqueles indivíduos com 65 anos ou mais e (5) informações do seguro, incluindo a cobertura de benefícios e limitações da rede. Toda a documentação de apoio deve ser submetida no prazo de 30 dias a contar da submissão inicial da candidatura, para que esta seja analisada pelo Hospital.
 - ii. As candidaturas confidenciais podem ser submetidas ao Hospital para menores e indivíduos abusados. Estes indivíduos devem entrar em contacto com os Conselheiros Financeiros.
 - iii. O MelroseWakefield Healthcare não tem em consideração determinações prévias de elegibilidade para a assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare, ao fazer a sua determinação sobre o Candidatura de Assistência Financeira de um paciente.
 - iv. O MelroseWakefield Healthcare reserva-se no direito de verificar novamente a elegibilidade para descontos a cada seis meses.

- c. Aprovação da Cobertura:
 - i. O Hospital notificará os pacientes por escrito sobre as determinações de elegibilidade do programa do MelroseWakefield Healthcare. Consulte o Anexo E - Notificações de Determinação de Elegibilidade do Programa do MelroseWakefield Healthcare.
 - ii. O Hospital reserva-se no direito de recusar candidaturas se toda a documentação de apoio não for recebida em tempo útil.
 - iii. Os recursos às determinações de elegibilidade do programa podem ser reconsiderados se um candidato fornecer ao Hospital novas informações.
 - iv. O Department of Patient Accounts (Departamento de Contas dos Pacientes) será responsável por determinar que o Hospital fez esforços razoáveis para determinar se um indivíduo se encontra elegível para a assistência financeira.

- d. Limitações da Rendimento do Paciente:
 - i. Para residentes dos Estados Unidos, os FPL mais recentemente publicados sobre o rendimento total da família serão usados como o principal determinante para os descontos descritos na Seção IV(g) e Seção IV(h).
 - ii. Para Não residentes dos EUA e residentes dos EUA que cumpram com os requisitos da Seção III(c) desta política, mas que não cumpram com os critérios de qualificação do FPL, podem ter direito a Desconto para Não Segurados e Subsegurados, conforme descrito na Seção IV(i) abaixo.
 - iii. Todos os pacientes que cumpram com os requisitos da Seção III(c) desta política podem qualificar-se para um Desconto devido a Dificuldades Médicas do MelroseWakefield Healthcare, conforme descrito na Seção IV(h) abaixo.

- e. Serviços Elegíveis:
 - i. Esta política é geralmente limitada a serviços médicos necessários, fornecidos e faturados pelo MelroseWakefield Healthcare, incluindo:
 - 1. Serviços de Emergência;
 - 2. Serviços de Urgência; e
 - 3. Serviços Não Emergentes, Não Urgentes.

- f. Exclusões:
 - i. O MelroseWakefield Healthcare não fornece assistência financeira a serviços Não Médicos Necessários, pois tais serviços são determinados pelo médico responsável pelo tratamento. Exemplos de serviços que não são elegíveis para a assistência financeira do Hospital incluem, mas não estão limitados a: serviços não médicos (por exemplo, social, educacional ou vocacional, cirurgia estética, investigação ou outros). A determinação dos serviços que são considerados elegíveis para os fins desta política reside exclusivamente no Hospital.
 - ii. O MelroseWakefield Healthcare geralmente não oferece descontos a pacientes nos Serviços Não Emergentes, Não Urgentes onde a necessidade dos cuidados foi antecipada pelo paciente e, por sua vez, este vem para o MelroseWakefield Healthcare fora da sua área de serviço para receber cuidados, quando os serviços são oferecidos na sua área de serviço.
 - iii. Os copagamentos, franquias e cosseguro dos pacientes estão excluídos da cobertura sob esta política.

- g. Desconto para Pacientes com Baixos Rendimentos do MelroseWakefield Healthcare:
 - i. Para os residentes dos Estados Unidos, os FPL mais recentemente publicados para o rendimento total da família serão usados como determinantes primários. Os descontos baseados exclusivamente no rendimento são geralmente limitados a pacientes com rendimento familiar inferior a 301% do FPL.
 - ii. Os pacientes que cumpram com este limite receberão um desconto igual ou maior que o Amount

Generally Billed/Montante Geralmente Faturado (AGB), conforme descrito na Seção IV(j) abaixo.

- iii. A determinação deste desconto é da responsabilidade do MelroseWakefield Healthcare.
 - iv. Consulte o Anexo C e o Anexo D para detalhes adicionais.
- h. Desconto Devido a Dificuldades Médicas do MelroseWakefield:
- i. Os pacientes que não cumpram com os requisitos dos limites do FPL necessários para se qualificarem para o desconto para pacientes com baixos rendimentos do MelroseWakefield Healthcare ainda podem se qualificar para um desconto, se puderem demonstrar que as suas despesas médicas excedem 20% do seu rendimento familiar. As despesas devem ter ocorrido dentro dos 12 meses anteriores e estão limitadas àquelas despesas que potencialmente poderiam ser qualificadas como despesas médicas de acordo com os Regulamentos do Internal Revenue Service (Receita Federal).
 - ii. A determinação para este desconto é de responsabilidade do MelroseWakefield Healthcare.
 - iii. Consulte o Anexo C e o Anexo D para detalhes adicionais.
- i. Política de Desconto para Pacientes Sem Seguro e Subsegurados do MelroseWakefield Healthcare:
- i. O MelroseWakefield Healthcare oferecerá um desconto aos pacientes de todos os níveis de rendimento, independentemente da residência, que cumpram com as qualificações para “Pacientes Sem Seguro e Subsegurados” indicados na Seção III(b) acima, que cumpram com as responsabilidades do paciente da Seção III(c) acima e que preencham uma candidatura de assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare.
 - ii. Todos os pacientes Sem Seguro e Subsegurados que cumpram com as condições desta política, têm o direito a um desconto até 40% sobre os Serviços Elegíveis se o pagamento for recebido ou se um plano de pagamento for acordado dentro de 30 dias a contar da cobrança inicial.
 1. Para Serviços Não Emergentes, Não Urgentes, o pagamento deve ser feito integralmente ou um plano de pagamento deve ser feito antes da entrega do serviço. Se os custos reais excederem a estimativa, o paciente deve pagar qualquer montante adicional devido no prazo de 30 dias a contar da cobrança fatura inicial.
 - a. Se os custos adicionais não forem pagos em tempo útil, todo o acordo de desconto poderá ser revertido e ao paciente será cobrado o valor total.
 2. Para Serviços de Emergência ou Urgência, o pagamento deve ser feito, ou um plano de pagamento acordado, dentro de 30 dias a contar da cobrança inicial.
 - iii. Ao avaliar se se deve conceder um desconto sob esta política, o MelroseWakefield Healthcare pode ter em conta se um paciente tem em dia todos os saldos pendentes.
- j. Base para o Cálculo dos Valores a Cobrar aos Pacientes:
- i. Após a determinação da elegibilidade de um paciente para os programas de desconto estabelecidos na Seção IV(g) ou Seção IV(h) acima, o paciente não será cobrado mais pelos serviços elegíveis do que o valor geralmente cobrado (“AGB”) pelo Hospital .
 - ii. O MelroseWakefield Healthcare determina o AGB dividindo primeiro o total de pagamentos pelo total de encargos de todos os planos comerciais , do Medicare fee-for-service (FFS) e do Medicare Managed Care do agregado no ano fiscal anterior, para determinar o PAF (Payment on Account Factor/Fator de Pagamento por Conta), para o ano fiscal anterior. Isto geralmente é feito em Outubro, quando dados mais precisos dos planos de saúde estão disponíveis. O desconto mínimo para os pacientes com baixos rendimentos do MelroseWakefield Healthcare é igual ao inverso do PAF do ano fiscal anterior, que é o AGB.
 - iii. Cálculo da Fórmula AGB:
$$\text{PAF} = \frac{\text{Pagamentos Total}}{\text{Encargos Totais dos planos comerciais, Medicare FFS e Medicare Managed Care}}$$

AGB = Inverso do PAF

- iv. Por exemplo, cálculo do AGB
 1. Pagamento Total dos planos comerciais, Medicare FFS e Medicare Managed Care: \$431
 2. Encargos Totais dos planos comerciais, Medicare FFS e Medicare Managed Care: \$1.000
 3. PAF: 43.07%
 4. Desconto AGB para Pacientes com Baixos Rendimentos do MelroseWakefield Healthcare: 56.93%
- v. O desconto mínimo para pacientes com baixos rendimentos do MelroseWakefield Healthcare, que é o AGB, é efetivo em 1 OUT 2018, com 56,93%. Estes foram determinados a partir dos planos comerciais, Medicare FFS e Medicare Managed Care pagos para o período de 1 OUT 2017 a 30 SET 2018.

V. Plano de Pagamento

Os planos de pagamento sem juros para os Serviços Elegíveis serão oferecidos a todos os pacientes que cumprirem com os critérios estabelecidos na Seção III(c) acima, mediante solicitação. A aceitação final de um plano de pagamento está sujeita a uma revisão completa do estatuto do paciente e do histórico de pagamentos. O MelroseWakefield Healthcare processará todos os planos de pagamento do paciente. Os planos de pagamento são monitorizados por um fornecedor externo. O cumprimento total do paciente é esperado se um plano de pagamento for acordado. Se um paciente falhar dois pagamentos consecutivos, o plano de pagamento será rescindido e o Hospital poderá colocar a conta no estado de Dívidas Incobráveis de acordo com os procedimentos e proteções definidos na Política de Crédito e Cobrança do Hospital (disponível em www.melrosewakefield.org/FAP). Após a notificação do paciente sobre mudanças na situação financeira, o Hospital pode reavaliar a obrigação de pagamento pendente do paciente.

- a. Os Pacientes que foram determinados como sendo um Paciente com Baixos Rendimentos ou elegíveis para Dificuldades Médicas de acordo com programa Massachusetts Health Safety Net não necessitam de cumprir os critérios estabelecidos na Seção III(c) antes do Hospital oferecer um plano de pagamento. Para Pacientes HSN com Baixos Rendimentos ou Dificuldades Médicas com um saldo de \$1.000 ou menos, este plano de pagamento deve ser pelo menos de um ano, sem juros, com um pagamento mínimo de \$25 por mês. Para pacientes HSN com Baixos Rendimentos ou com Dificuldades Médicas com um saldo de \$1.000 ou mais, este plano de pagamento deve ser de pelo menos dois anos, sem juros.

VI. Não Pagamento

O Hospital mantém uma política separada de Crédito e Cobrança que aborda das ações que o Hospital pode tomar em caso de não pagamento e inclui uma lista de pacientes que podem estar protegidos pela lei Estatal de qualquer ação de cobrança. Antes de se envolver em quaisquer ações extraordinárias de cobrança sob esta política, o Hospital fará um esforço razoável para qualificar um paciente para a assistência financeira sob esta política, notificando o paciente por escrito sobre os programas de assistência disponíveis e ajudando este indivíduo na candidatura à assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare. A política de crédito e cobrança separada do Hospital está prontamente disponível para os membros do público no site do Hospital em www.melrosewakefield.org/FAP.

VII. Publicação e Divulgação do FAP (Plano de Assistência Financeira)

- a. Informações sobre os conselheiros financeiros do MelroseWakefield Healthcare, que oferecem aconselhamento financeiro e assistência financeira, e informações sobre a política de assistência financeira podem ser encontradas on-line em www.melrosewakefield.org/FAP.
 - i. Para agendar uma consulta com um Conselheiro Financeiro por telefone, poderá telefonar para: 781-338-7111.
 - ii. Os Conselheiros Financeiros do MelroseWakefield Healthcare estão localizados nos seguintes locais do MelroseWakefield Healthcare:

1. MelroseWakefield Hospital, 1º andar perto da entrada da Porter Street, 585 Lebanon Street, Melrose, MA 02176.
 2. Lawrence Memorial Hospital, ao lado do Departamento de Emergência, 170 Governors Avenue, Medford, MA 02155.
- b. Publicação na Internet
- i. Além de estar disponível através dos Conselheiros Financeiros do MelroseWakefield Healthcare, a política de assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare, os formulários de candidatura e um resumo em linguagem simples estão disponíveis em: www.melrosewakefield.org/FAP.
 1. Esta página web também pode ser acessada a partir da página inicial do MelroseWakefield Healthcare (www.melrosewakefield.org) selecionando Pacientes & Visitantes (Pacientes e Visitantes), em seguida, Financial Assistance Policy (Política de Assistência Financeira).
 2. O website inclui maneiras pelas quais os pacientes podem solicitar assistência do Hospital, incluindo uma lista de locais de aconselhamento financeiro e um número de telefone central para agendar uma consulta com um conselheiro financeiro. O website informa os pacientes que os formulários de candidatura e assistência financeira são gratuitos.
- c. O Hospital divulga amplamente a disponibilidade de assistência financeira sob esta política das seguintes formas:
- i. Sinalização grande e visível (8"X14") é afixada em todas as entradas e outras áreas de tráfego intenso, incluindo o departamento de emergência, coordenação financeira e atendimento ao cliente.
 - ii. Folhetos em linguagem simples, que anunciam a disponibilidade das opções de assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare, são exibidos no departamento de emergência e nas áreas de admissão.
 - iii. O resumo em linguagem simples do FAP está disponível para os pacientes como parte do processo de admissão e alta do Hospital
 - iv. Cópias da Política de Assistência Financeira do Hospital, candidatura e resumo em linguagem simples são disponibilizadas aos pacientes, gratuitamente, que solicitam uma cópia, pessoalmente ou por correio, e para qualquer paciente que tenha perguntas específicas.
 - v. Materiais, incluindo a política, o formulário de candidatura e o resumo em linguagem simples estão disponíveis em Inglês, Chinês, Espanhol, Vietnamita, Português, Russo, Grego, Hindi, Italiano, Crioulo e Árabe.
 - vi. As equipes do programa comunitário do Hospital são instruídas relativamente ao FAP e em informar e notificar os constituintes da sua comunidade sobre a disponibilidade da assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare.

VIII. Outras Disposições:

- a. Dívidas Incobráveis Medicare:
 - i. Esta política também pode ser usada para verificar a indigência de um paciente com a finalidade de qualificar os seus saldos resultantes de um cosseguro ou franquia de serviços cobertos pelo Medicare, onde as Dívidas Incobráveis do Medicare são aplicáveis. Os determinantes serão o rendimento atual do paciente dos seus níveis de bens reportados. Para se qualificar, o paciente deve ter um rendimento inferior a 201% do FPL e bens inferiores a \$10.000 para o primeiro membro da família, com um adicional de \$3.000 para cada membro adicional da família. As determinações dos bens nunca incluirão a residência principal ou o automóvel principal. O preenchimento pelo paciente de uma candidatura de assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare será uma prova de que o paciente não consegue usar os bens para pagar os seus saldos pendentes.

b. Avaliação Caso a Caso:

- i. Os pacientes são encorajados a informar sobre as suas situações financeiras únicas aos Conselheiros Financeiros ou ao Departamento de Contas dos Pacientes. O MelroseWakefield Healthcare pode estender descontos para além das disposições desta política, caso a caso, para reconhecer casos únicos de dificuldades financeiras.
- ii. Os descontos existentes que vão para além desta política podem ser honrados com a aprovação do CFO (Diretor Financeiro) do Hospital.

IX. Aprovação do Conselho

A FAP do MelroseWakefield Healthcare foi aprovada pelo Conselho de Administração do MelroseWakefield Healthcare em 24 de Janeiro de 2019.

Anexo A – Localizações do MelroseWakefield Healthcare, Entidades Participantes

para uma lista de entidades participantes, consulte www.melrosewakefield.org/FAP

Anexo B: Lista de Prestadores Afiliados do MelroseWakefield Healthcare, List, Entidades Não Participantes

Para obter uma lista de entidades não participantes, consulte www.melrosewakefield.org/FAP

Anexo C: Montantes do Desconto da Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare

Tamanho da Família	100% do FPL	Até 150% do FPL	Até 300% do FPL	Superior a 301 % do FPL
1	\$12,492	\$18,744	\$37,476	\$37,477
2	\$16,920	\$25,368	\$50,736	\$50,737
3	\$21,336	\$32,004	\$63,996	\$63,997
4	\$25,752	\$38,628	\$77,256	\$77,257
5	\$30,180	\$45,264	\$90,516	\$90,517
6	\$34,596	\$51,888	\$103,776	\$103,777
7	\$39,012	\$58,524	\$117,036	\$117,037
8	\$43,440	\$65,148	\$130,296	\$130,297
Cada Pessoa > 8	\$4,428	\$6,636	\$13,260	\$13,261
Desconto		100%	58%	40%
Pagamento Esperado Pelo Paciente		0%	42%	60%

FPL é definido como Federal Poverty Level (Nível Federal de Pobreza), emitido em Janeiro de 2019, conforme definido pelo Federal Register (Registo Federal).

Candidatura à Assistência Financeira

O MelroseWakefield Healthcare orgulha-se em oferecer os melhores cuidados a todos os pacientes. O MelroseWakefield Healthcare oferece assistência financeira através da sua política de assistência financeira a pacientes que não podem pagar pelos cuidados de emergência ou médicos necessários. A assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare não se destina a cobrir cuidados não emergentes e não urgentes. Não se destina a fornecer descontos em seguros, copagamentos, cosseguros ou franquias.

Espera-se que os pacientes que possuem os meios paguem pelos serviços recebidos no MelroseWakefield Healthcare. Contudo, a elegibilidade para a assistência financeira estará disponível para si. Os pacientes são fortemente incentivados a se candidatarem a qualquer programa de assistência governamental disponível, como o MassHealth ou o Health Safety Net, antes de se candidatarem ao programa de assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare. A não candidatura a um programa de assistência do governo para o qual potencialmente se qualifica, poderá resultar num atraso ou recusa na sua candidatura. Se necessitar de ajuda para se candidatar aos programas de assistência do governo, um dos nossos conselheiros financeiros do MelroseWakefield Healthcare poderá ajudá-lo.

A sua qualificação para os programas de assistência financeira depende do preenchimento total e preciso desta candidatura de assistência financeira.

Instruções de Candidatura

Por favor, preencha totalmente a candidatura de assistência financeira e inclua cópias dos seguintes documentos para todos os candidatos. A não entrega de todos os documentos necessários dentro de 30 dias fará com que a candidatura seja negada.

Por favor, anexe cópias de todos os documentos submetidos, pois, infelizmente, estes não podem ser devolvidos.

- Preencha todas as seções aplicáveis da candidatura e assine a declaração jurada na página 4.
- Inclua uma cópia da sua carta de condução, outro documento de identificação com fotografia ou documentos que confirmem a sua residência atual. Qualquer coisa submetida deve incluir o seu nome e endereço atual.
- Inclua uma cópia do(s) seu(s) cartão(ões) de seguro.
- Inclua alguma forma de verificação do rendimento:
 - Inclua uma cópia do(s) seu(s) W2 mais recente(s) ou de recibos de pagamento (4 se pagos semanalmente, 2 se pagos bissemanalmente)
 - Se existiu uma mudança recente no rendimento, inclua documentação como declarações de desemprego, extratos bancárias/de investimento, declarações de cuidados de longo prazo, declarações de reforma e/ou declarações da segurança social.
- Se o paciente tiver falecido, forneça uma cópia do atestado de óbito e uma carta onde conste o estado da propriedade.

Conselheiros Financeiros:

Para obter assistência no preenchimento da sua candidatura, entre em contacto connosco através do telefone **781-338-7111** para agendar uma consulta com um dos conselheiros financeiros do MelroseWakefield Healthcare. Os conselheiros financeiros estão localizados em: MelroseWakefield Hospital, 585 Lebanon Street, no 1º andar, perto da entrada da Porter Street, em Melrose ou no Lawrence Memorial Hospital, 170 Governors Avenue, perto do departamento de emergência em Medford.

Por favor, Envie a Sua Candidatura Preenchida Para:

MelroseWakefield Healthcare Financial Counselors
170 Governors Avenue
Medford, MA 02155

Parte 1: Sobre o Paciente		
Nome do Paciente:		
Data de Nascimento do Paciente:	Nº Segurança Social do Paciente:	Telefone:
Endereço Atual:		
Cidade:	Estado:	Código Postal:
É cidadão do Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Se NÃO, é um residente permanente a residir legalmente nos Estados Unidos? <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO		
Informações do Candidato (se diferentes das Informações do Paciente acima)		
O candidato é o paciente ou a pessoa que é financeiramente responsável pelo paciente.		
Nome do Candidato:		
Endereço Atual do Candidato:		
Cidade:	Estado:	Código Postal:
Telefone do Candidato:		
Sobre o Agregado Familiar do Paciente		
Indique todos os membros do agregado familiar, as suas datas de nascimento e o relacionamento com o candidato. Um membro do agregado familiar é uma pessoa que está relacionada consigo ou que vive consigo durante todo o ano como um membro da sua família e que consta na sua declaração fiscal.		
Membro do Agregado Familiar 1:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro do Agregado Familiar 2:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro do Agregado Familiar 3:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro do Agregado Familiar 4:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Membro do Agregado Familiar 5:		
Data de Nascimento:	Relação com o Paciente:	
Parte 2: Informações Sobre o Seguro do Paciente		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Submeteu uma candidatura ao Medicaid nos últimos seis (6) meses?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Tem uma candidatura ao Medicaid pendente ou aprovada?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO A sua candidatura ao Medicaid foi recusada?		
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Tem um seguro de saúde?		
Informações sobre o Seguro Primário		
Nome do Seguro:		
Endereço do Seguro:		
Apólice/ID #:	Grupo #:	
Nome do Subscritor:		
Data de Nascimento do Subscritor:	Relação com o Subscritor:	
Empregador do Subscritor:	Data Efetiva:	
Informações sobre o Seguro Secundário		
Nome do Seguro:		
Endereço do Seguro:		
Apólice/ID #:	Grupo #:	
Nome do Subscritor:	Data de Nascimento do Subscritor:	
Relação com o Subscritor:	Empregador do Subscritor:	
Data Efetiva:		

Parte 3: Rendimento Bruto Mensal e Bens						
Por favor, preencha esta parte sobre os rendimentos obtidos e bens do paciente e de cada membro do agregado familiar indicado na Seção 1 que trabalhe. Por favor, indique o rendimento bruto, que é o rendimento antes de deduzidos impostos e descontos.						
	Paciente	Membro do Agregado Familiar 1	Membro do Agregado Familiar 2	Membro do Agregado Familiar 3	Membro do Agregado Familiar 4	Membro do Agregado Familiar 5
Vencimento/Salário/Gorjetas						
Seguro Desemprego						
Segurança Social						
Subsídio de Apoio aos filhos + Pensão						
Rendimentos de emprego próprio, após despesas						
Rendimentos de Juros/Dividendos						
Pensão						
IRA/Ações/Títulos						
Renda						
Pagamentos Fiduciários						
Compensação de Trabalhadores						
Benefícios dos Veteranos						
Ausência da Declaração de Rendimentos						
<input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO Se o rendimento do agregado familiar é zero, existe alguém que o apoia?						
Se respondeu sim acima e está a ser apoiado financeiramente por outra pessoa, por favor, preencha e assinhe a declaração abaixo..						
Nome do Paciente: _____, atualmente não tem rendimentos. Atualmente, estou apoiando-os com comida, abrigo e roupa necessária. Também lhes dou ajuda financeira no valor de \$ _____ em média por mês.						
Assinatura do Prestador de Apoio: _____ Data: _____						
Bens do Agregado Familiar						
Indique abaixo informações sobre quaisquer contas correntes ou poupança						
Tipo de Conta	Instituição Bancária			Saldo em _____		
Outros Bens Contábeis do Agregado Familiar						
Indique informações que possui sobre qualquer um dos tipos de contas a seguir.						
Tipo de Conta	Instituição Bancária			Saldo em _____		
Ações/Títulos						
Certificado de Depósito						
Títulos de Poupança dos EUA						
Conta Poupança de Saúde						
Certificado de Poupança						
Clubes de Natal ou de Férias						
Outro						

Parte 4: Dificuldades Médicas

Esta seção pode não ser aplicável a si. Por favor, preencha esta seção se tiver contas médicas significativas. Indique todas as despesas de saúde da MelroseWakefield Healthcare e outros prestadores. A documentação pode ser solicitada, mas não é necessária neste momento.

Nome do Prestador	Despesas Médicas Totais	Com Que Frequência o Custo Ocorre?		
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente
		<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Mensalmente	<input type="checkbox"/> Anualmente

Parte 5: DECLARAÇÃO JURADA - TODOS OS CANDIDATOS DEVEM ASSINAR

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

Juro e afirmo que todas as informações indicadas neste formulário são verdadeiras, corretas e completas, no melhor da minha capacidade, conhecimento e crença. Concordo em informar ao MelroseWakefield Healthcare todas e quaisquer alteração no rendimento, recursos financeiros ou outras informações indicadas neste formulário que possam afetar a minha elegibilidade para receber assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare. Entendo que o meu crédito e outras informações financeiras podem ser referenciados para confirmar a minha declaração e elegibilidade para o programa. Entendo que tenho trinta (30) dias para submeter documentação de suporte precisa e necessária para ser considerada para um desconto.

Declarações fraudulentas do paciente com o objetivo de obter assistência financeira serão encaminhadas para o Massachusetts Attorney General's Office (Procuradoria Geral de Massachusetts). Os pacientes que falsificarem a candidatura ao Programa deixarão de estar elegíveis para o Programa e serão responsabilizados por todos os encargos incorridos enquanto estiveram inscritos no Programa, de forma retroativa, desde o primeiro dia em que as despesas foram incorridas sob o Programa.

Assinatura do Candidato: _____ Data: _____

DECLARAÇÃO JURADA - SOMENTE APLICÁVEL SE O CÔNJUGE DO CANDIDATO ESTIVER A CANDIDATAR-SE

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

Juro e afirmo que todas as informações indicadas neste formulário são verdadeiras, corretas e completas, no melhor da minha capacidade, conhecimento e crença. Concordo em informar ao MelroseWakefield Healthcare todas e quaisquer alteração no rendimento, recursos financeiros ou outras informações indicadas neste formulário que possam afetar a minha elegibilidade para receber assistência financeira do MelroseWakefield Healthcare. Entendo que o meu crédito e outras informações financeiras podem ser referenciados para confirmar a minha declaração e elegibilidade para o programa. Entendo que tenho trinta (30) dias para submeter documentação de suporte precisa e necessária para ser considerada para um desconto.

Declarações fraudulentas do paciente com o objetivo de obter assistência financeira serão encaminhadas para o Massachusetts Attorney General's Office (Procuradoria Geral de Massachusetts). Os pacientes que falsificarem a candidatura ao Programa deixarão de estar elegíveis para o Programa e serão responsabilizados por todos os encargos incorridos enquanto estiveram inscritos no Programa, de forma retroativa, desde o primeiro dia em que as despesas foram incorridas sob o Programa.

Assinatura do Cônjuge do Candidato: _____ Data: _____

ANEXO E

[Carta de Aprovação - Desconto Parcial]

Data

Nome

Rua

Cidade, estado, Código postal

Assunto: número(s) de conta do paciente: _____

Caro(a) _____,

Recebemos a sua candidatura para assistência nas contas hospitalares ao abrigo da Política de Assistência Financeira do Melrose Wakefield Healthcare. Após análise da sua candidatura e dos documentos de apoio, determinamos que tem direito a uma redução nos encargos.

As despesas hospitalares nas datas de serviço entre ___/___/___ e ___/___/___ totalizando \$ _____, serão reduzidas para \$ _____.

Entraremos em contato para ajudá-lo a fazer acordos de pagamento para o saldo restante. Por favor, note que até que o valor descontado tenha sido pago integralmente, continuará a receber as contas. Assim que todos os pagamentos estiverem liquidados, o saldo será ajustado e as suas contas serão consideradas totalmente pagas. Note também que o desconto neste programa não se aplica a qualquer copagamento, cosseguro ou franquia que continuem a ser da sua responsabilidade, de acordo com os termos do seu seguro de saúde.

Esta aprovação estará em vigor durante seis (6) meses. Se não concordar com esta decisão ou achar que pode se qualificar para descontos adicionais, entre em contato com o conselheiro financeiro através do número indicado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Função

Número de Telefone

[Carta de Aprovação - Desconto de 100%]

Data

Nome

Rua

Cidade, estado, Código postal

Assunto: número(s) de conta do paciente: _____

Caro(a) _____,

Recebemos a sua candidatura para assistência nas contas hospitalares ao abrigo da Política de Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare. Após análise da sua candidatura e dos documentos de apoio, determinamos que que é elegível para serviços sem nenhum custo para si.

As despesas hospitalares nas datas de serviço entre ___/___/___ e ___/___/___ totalizando \$_____, serão reduzidas para \$0.

Não deverá receber mais nenhuma fatura da nossa parte relativamente a estes serviços.

Esta aprovação estará em vigor durante seis (6) meses. Se tiver alguma dúvida, entre em contacto com o conselheiro financeiro através do número indicado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Função

Número de Telefone

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

Data

Nome

Rua

Cidade, estado, Código postal

Assunto: número(s) de conta do paciente: _____

Caro(a) _____,

Estamos a escrever-lhe para dar-lhe conhecimento sobre a nossa determinação original datada de ___ / ___ / ___. Nesta determinação, concluímos que só era elegível para despesas hospitalares reduzidas nos termos da Política de Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare.

A seu pedido e com base nas informações atualizadas sobre o rendimento e/ou composição familiar ou circunstâncias, determinamos que está qualificado para receber serviços hospitalares sem custos para si. Portanto, As despesas hospitalares nas datas de serviço entre ___/___/___ e ___/___/___ totalizando \$_____, serão reduzidas para \$0.

Não deverá receber mais nenhuma fatura da nossa parte relativamente a estes serviços.

Esta aprovação estará em vigor durante seis (6) meses. Se tiver alguma dúvida, entre em contacto com o conselheiro financeiro através do número indicado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Função

Número de Telefone

[Carta de Redeterminação - Não Elegível Previamente para 100% de Desconto]

Data

Nome

Rua

Cidade, estado, Código postal

Assunto: número(s) de conta do paciente: _____

Caro(a) _____,

Estamos a escrever-lhe para dar-lhe conhecimento sobre a nossa determinação original datada de ___ / ___ / ___. Nesta determinação, concluímos que não era elegível para assistência financeira nos termos do Programa de Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare.

A seu pedido e com base nas informações atualizadas sobre o rendimento e/ou composição familiar ou circunstâncias, determinamos que está qualificado para receber serviços hospitalares sem custos para si. Portanto, as despesas hospitalares nas datas de serviço entre ___/___/___ e ___/___/___ totalizando \$_____, serão reduzidas para \$0.

Não deverá receber mais nenhuma fatura da nossa parte relativamente a estes serviços.

Esta aprovação estará em vigor durante seis (6) meses. Se tiver alguma dúvida, entre em contacto com o conselheiro financeiro através do número indicado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Função

Número de Telefone

[Carta de Redeterminação - Não Elegível Previamente para Desconto Parcial]

Data

Nome

Rua

Cidade, estado, Código postal

Assunto: número(s) de conta do paciente: _____

Caro(a) _____,

Estamos a escrever-lhe para dar-lhe conhecimento sobre a nossa determinação original datada de ___ / ___ / ___. Nesta determinação, concluímos que não era elegível para assistência financeira nos termos do Programa de Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare.

A seu pedido e com base nas informações atualizadas sobre o rendimento e/ou composição familiar ou circunstâncias, determinamos de que agora se encontra qualificado para uma redução nas despesas hospitalares

As despesas hospitalares nas datas de serviço entre ___/___/___ e ___/___/___ totalizando \$_____, serão reduzidas para \$_____.

Entraremos em contato para ajudá-lo a fazer acordos de pagamento para o saldo restante. Por favor, note que até que o valor descontado tenha sido pago integralmente, continuará a receber as contas. Assim que todos os pagamentos estiverem liquidados, o saldo será ajustado e as suas contas serão consideradas totalmente pagas. Note também que o desconto neste programa não se aplica a qualquer copagamento, cosseguro ou franquia que continuem a ser da sua responsabilidade, de acordo com os termos do seu seguro de saúde.

Esta aprovação estará em vigor durante seis (6) meses. Se não concordar com esta decisão ou achar que pode se qualificar para descontos adicionais, entre em contato com o conselheiro financeiro através do número indicado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Função

Número de Telefone

[Carta de Redeterminação – Decisão Original Permanece – Parcial]

Data

Nome

Rua

Cidade, estado, Código postal

Assunto: número(s) de conta do paciente: _____

Caro(a) _____,

Estamos a escrever-lhe para dar-lhe conhecimento sobre a nossa determinação original datada de ___/___/____. Nesta determinação, concluímos que estava somente elegível para despesas hospitalares reduzidas sob a Política de Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare.

A seu pedido, analisamos e reconsideramos a nossa decisão original sobre a sua candidatura e determinamos que, com base em todas as informações fornecidas, a nossa decisão original permanece e continua a ter direito a um desconto parcial.

Conforme observado na nossa carta de determinação original, as despesas hospitalares no montante de \$ _____, nas datas de serviço entre ___/___/___ e ___/___/___ permanecerão as mesmas.

Por favor, envie o seu pagamento total imediatamente ou telefone para o Conselheiro Financeiro indicado abaixo, se necessitar de fazer acordos especiais de pagamento.

Se discorda esta decisão ou tiver alguma dúvida, entre em contacto com o conselheiro financeiro indicado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Função

Número de Telefone

[Carta de Redeterminação – Decisão Original Permanece – Não Elegível]

Data

Nome

Rua

Cidade, estado, Código postal

Assunto: número(s) de conta do paciente: _____

Caro(a) _____,

Estamos a escrever-lhe para dar-lhe conhecimento sobre a nossa determinação original datada de ___/___/___.
Nesta determinação, concluímos que não era elegível para assistência sob o Programa de Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare.

A seu pedido, analisamos e reconsideramos a nossa decisão original sobre a sua candidatura e determinamos que, com base em todas as informações fornecidas, a nossa decisão original permanece e não é elegível para assistência sob o Programa.

Por favor, envie o seu pagamento total imediatamente ou telefone para o Conselheiro Financeiro indicado abaixo, se necessitar de fazer acordos especiais de pagamento.

Se discorda esta decisão ou tiver alguma dúvida, entre em contacto com o conselheiro financeiro indicado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Função

Número de Telefone

[Carta de Recusa - Geral]

Data

Nome

Rua

Cidade, estado, Código postal

Assunto: número(s) de conta do paciente: _____

Caro(a) _____,

Obrigado pela sua candidatura à assistência financeira para as suas despesas hospitalares, de acordo com a Política de Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare.

Analizamos a sua candidatura e documentação de apoio e determinamos que não é elegível para receber descontos sob o programa. A determinação foi feita comparando o seu rendimento e o tamanho da família com as diretrizes do Federal Poverty Level/Nível Federal de Pobreza (FPL). Mais especificamente, o seu rendimento familiar foi determinado como sendo maior do que o permitido.

Se discorda com esta decisão ou se tiver recentemente mudado de circunstâncias, teremos o prazer de reconsiderar a sua candidatura à luz de qualquer nova informação sobre o seu rendimento, tamanho ou circunstâncias do agregado familiar. Se gostaria de ter o seu pedido revisto, por favor, envie documentos relevantes ou telefone para o conselheiro financeiro através do número indicado abaixo, caso tenha alguma dúvida.

Atenciosamente,

Nome

Função

Número de Telefone

[Carta de Recusa – Candidatura Incompleta]

Data

Nome

Rua

Cidade, estado, Código postal

Assunto: número(s) de conta do paciente: _____

Caro(a) _____,

Estamos na posse de uma candidatura datada de ___ / ___ / ___ para assistência com as suas despesas hospitalares, de acordo com a Política de Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare.

Até à data de hoje, não recebemos a documentação necessária para processar a candidatura e atribuir-lhe uma determinação. Por este motivo, recusamos a sua candidatura de assistência neste momento.

Se ainda estiver interessado em ser considerado para assistência financeira, incentivamos-lhe a preencher uma novo candidatura e enviá-la para nós com toda a documentação de apoio. Teremos todo o prazer em analisá-la e iremos notificá-lo se for elegível para qualquer assistência financeira.

Se tiver alguma dúvida, entre em contacto com o conselheiro financeiro indicado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Função

Número de Telefone

[Carta de Recusa – Serviços Não Elegíveis]

Data

Nome

Rua

Cidade, estado, Código postal

Assunto: número(s) de conta do paciente: _____

Caro(a) _____,

Obrigado pela sua candidatura datada de ___/___/___ para assistência financeira com as suas despesas hospitalares sob o Programa de Assistência Financeira do MelroseWakefield Healthcare.

Lamentamos informar-lhe que os serviços recebidos em ___ / ___ / ___ não são considerados medicamente necessários e, como tal, não são elegíveis para nenhuma assistência financeira no âmbito do programa.

Por favor, envie o seu pagamento total imediatamente ou telefone para o Conselheiro Financeiro indicado abaixo, se necessitar de fazer acordos especiais de pagamento.

Se discorda esta decisão ou tiver alguma dúvida, entre em contacto com o conselheiro financeiro indicado abaixo.

Atenciosamente,

Nome

Função

Número de Telefone