

Holyoke Medical Center, Inc.
575 Beech Street
Holyoke, MA 01040

Póliza de Asistencia Financiera
AF 2016

Tabla de Contenido

Introducción	1
I. Cobertura de Servicios de Salud Medicamento Necesarios	2
II. Programas de Asistencia Pública y Asistencia Financiera del Hospital	5
III. Adjuntos / Exposiciones	11

Introducción

Esta póliza se aplica a Holyoke Medical Center ("el hospital") y las ubicaciones específicas y proveedores identificados en esta póliza.

El hospital es el cuidador de primera línea proveyendo cuidado médicamente necesario para todas las personas que se presentan a sus facilidades y localidades independientemente de la habilidad para pagar. El hospital ofrece este cuidado a **todo** paciente que venga a nuestra facilidad 24 horas al día, siete días a la semana, y 365 días al año. Como resultado, el hospital se compromete a proveer a todos nuestros pacientes con cuidados y servicios de alta calidad. Como parte de este compromiso, el hospital trabaja con individuos con ingreso y recursos limitados para encontrar opciones disponibles para cubrir el costo de su cuidado.

El hospital ayudará a individuos sin seguro y con insuficiente seguro a aplicar por cobertura de salud a través de un programa de asistencia pública o programa de asistencia financiera del hospital (incluyendo pero no limitado a MassHealth, el programa de pago de prima operado por el Health Connector, el Children's Medical Security Program, el Health Safety Net, y Medical Hardship), y trabajar con individuos para suscribirse según apropiado. Asistencia para estos programas se determina mediante la revisión, entre otros conceptos, el ingreso familiar de un individuo, bienes, tamaño de la familia, gastos y necesidades médicas.

Mientras que el hospital asiste a pacientes en obtener cobertura médica a través de programas públicos y asistencia financiera por otros medios cuando corresponda incluyendo el hospital, el hospital también puede ser requerido a facturar y coleccionar adecuadamente pagos específicos, que pueden incluir, pero no limitado a, copagos, deducibles, depósitos y otras cantidades a las que el paciente se compromete a ser responsable. Al registrarse para servicios o si recibe una factura, el hospital incita a los pacientes a ponerse en contacto con nuestro personal para determinar si ellos y / o un miembro de la familia están en necesidad de y es elegible para asistencia financiera

Al trabajar con los pacientes para encontrar asistencia pública disponible o cobertura a través de la asistencia financiera del hospital, el hospital no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, ciudadanía, extranjería, religión, credo, sexo, orientación sexual, identidad de género, edad o discapacidad en sus pólizas o en la aplicación de las pólizas, en relación con la adquisición y verificación de la información financiera, de pre-admisión o depósitos de pre-tratamiento, planes de pago, admisión diferidas o rechazadas, la determinación de que una persona califique para estado de Pacientes de Bajo Ingreso según determinado por el sistema de elegibilidad de Massachusetts MassHealth / Conector, o certificación de la información para determinar el estado de Pacientes de Bajo Ingreso. Como tal, esta póliza fue revisada y aprobada por Valley Health Systems Board of Trustees.

Aunque entendemos que cada individuo tiene una situación financiera única, información y asistencia con respecto a la elegibilidad para los programas de asistencia pública y / o cobertura a través del programa de asistencia financiera del hospital se pueden obtener poniéndose en contacto con el departamento de Asistencia Financiera localizado en el primer piso del hospital al (413) 534-2603 o (413) 535-4723 entre las horas de 8:00am a 4:00pm de Lunes a Viernes.

Más información acerca de esta póliza y el programa de asistencia financiera del hospital, incluyendo la aplicación y un resumen en lenguaje sencillo de la póliza para asistencia financiera, están disponibles en la página del hospital: www.holyokehealth.com en la sección Pacientes & Visitantes.

Las acciones que el hospital puede tomar en caso de no pago se describen aparte en la póliza de facturación y cobro del hospital. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de la póliza de facturación y colecciones en www.holyokehealth.com en la sección Pacientes & Visitantes.

I. Cobertura por Servicios de Salud Medicamento Necesarios

El hospital provee servicios médicos y salud mental medicamento necesarios a todo paciente que se presente a alguna localidad del hospital independientemente en su habilidad de pagar. Servicios medicamento necesarios incluyen aquellas que se espera razonablemente para prevenir, diagnosticar, prevenir el empeoramiento de, aliviar, corregir o curar enfermedades que ponen en peligro la vida, causa de sufrimiento o dolor, que causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o resultar en una enfermedad o dolencia. Los servicios medicamento necesarios incluyen servicios hospitalarios y ambulatorios autorizados bajo el Título XIX de la Ley de Seguro Social.

El profesional médico que haya tratado determinará el tipo y el nivel de atención y el tratamiento necesaria para cada paciente en función con la presentación de los síntomas clínicos y siguiendo las normas aplicables de la práctica. El hospital sigue los requisitos federales de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo Activo (EMTALA) mediante la realización de un examen médico de los pacientes que se presentan en una ubicación del hospital en busca de servicios de emergencia para determinar si existe una condición médica de emergencia.

Clasificación de los servicios de emergencia y no emergencia se basa en las siguientes definiciones generales, al igual que la determinación médica del médico tratante. Las definiciones de los servicios de emergencia o atención de urgencia proporcionados a continuación se utilizan por el Hospital con el propósito de determinar emergencia permisible y la cobertura urgente de deuda incobrable bajo el programa de asistencia financiera del hospital, incluyendo el Health Safety Net.

A. Servicios de Emergencia y Atención de Urgencia

Cualquier paciente que se presente al hospital solicitando asistencia de emergencia será evaluado en base a los síntomas clínicos que presentan sin tener en cuenta la identificación del paciente, cobertura de seguro, o habilidad para pagar. El hospital no va a participar en acciones que desaniman a las personas de buscar atención médica de emergencia, como la exigencia de que los pacientes paguen antes de recibir tratamiento para condiciones médicas de emergencia, o interferir con la detección de y la disponibilidad de la atención médica de emergencia al discutir por primera vez el programa de asistencia financiera del hospital o la elegibilidad para los programas de asistencia pública.

- a. Nivel de Servicios de Emergencia incluye el tratamiento de:
 - i. Una condición medica, así sea física o mental, manifestándose con síntomas de suficiente gravedad, incluyendo dolor severo, tal que *la ausencia de atención médica inmediata podría esperarse razonablemente por una persona prudente con un conocimiento promedio de salud y medicina que resulte en poner la salud de la persona o de otra persona en grave peligro, grave deterioro de las funciones corporales del cuerpo o disfunción grave de cualquier órgano o parte del órgano,* o, con respecto a una mujer embarazada, que se describe en 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).

- ii. En acuerdo con requisitos federales, EMTALA se activa para cualquier persona que se presenta a la propiedad de un hospital solicitando examinación o tratamiento de una emergencia (como se definió anteriormente) o que entra a la sala de emergencias solicitando examinación o tratamiento para una condición médica. Por lo general, las personas no programadas se presentan a la sala de emergencias. Sin embargo, las personas que solicitan servicios no programados para una condición médica de emergencia durante la presentación en otra unidad hospitalaria / ambulatoria, clínica, u otra área auxiliares también serán evaluados y, posiblemente, transferidos a un lugar más apropiado para una exploración o evaluación médica de emergencia, de acuerdo con EMTALA. Examinación y tratamiento de condiciones médicas de emergencia, o cualquier otro servicio prestado a la medida requerida por EMTALA, será proporcionado al paciente y se calificarán como nivel de atención de emergencia. La determinación de que hay una condición médica de emergencia es hecha por el médico tratante u otro personal médico cualificado del hospital según documentado en el record médico del hospital.
- b. Servicios de Atención de Urgencia incluyen tratamiento para el siguiente:
 - i. Servicios médicamente necesarios proporcionados en un Hospital Agudo después de la aparición repentina de una condición médica, ya sea física o mental, que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor severo) de tal manera *que una persona prudente podría creer que la ausencia de atención médica dentro de las 24 horas podría razonablemente resultar en poner la salud de un paciente en peligro, deterioro de la función corporal, o disfunción de cualquier órgano o parte del órgano*. Servicios de Atención de Urgencia se proporcionan para condiciones que no son potencialmente mortales y no presentan un alto riesgo de efectos graves para la salud de un individuo. Servicios de Atención de Urgencia no incluyen Primaria o Atención electiva.

B. No-Emergente, Servicios No-Urgentes:

Para los pacientes que (1) el médico tratante determina un nivel de atención no-emergente o no-urgente o (2) que buscan atención y tratamiento después de la estabilización de una condición médica de emergencia, el hospital puede considerar que dicha atención es el de servicios primarios o electivos.

- a. Servicios primarios o electivos incluye la atención médica que no es un nivel de atención de Urgencia o de Emergencia y es requerido por individuos o familias para el mantenimiento de la salud y la prevención de enfermedades. Por lo general, estos servicios son procedimientos / visitas programadas médicas o de salud mental programadas por adelantado o el mismo día por el paciente o por el proveedor de cuidados de la salud en un lugar hospitalario incluyendo, pero no limitado a, el campus principal, un sitio o localidad remota, así como un consultorio médico, clínica o centro de salud de la comunidad afiliada. Atención primaria consiste en los servicios de salud habitualmente proporcionados por los médicos generales, médicos de familia, internistas generales, pediatras generales y enfermeras de atención primaria o asistentes médicos en un servicio de atención primaria. Atención Primaria no requiere los recursos especializados de un servicio de urgencias del Hospital Agudo y excluye los servicios auxiliares y servicios de atención materna.
- b. Servicios del cuidado de salud No-Emergente o No- Urgentes (i.e., primarios o electivos) se puede retrasar o ser diferida en base a la consulta con el personal clínico del hospital, así como de atención primaria del paciente o el tratamiento de proveedor si está disponible y apropiado. El hospital podrá rechazar aún más proveer a un paciente servicios de no-emergente, servicios no-urgentes si el paciente está médicamente estable y el hospital no

puede obtener del paciente o de otros medios fuente de pago apropiada o la información de elegibilidad para un seguro de salud público o privado para cubrir el coste de la atención no-emergente y no-urgentes. La cobertura de servicios de salud, incluyendo médica y salud mental, se determina y se indica en el manual de cobertura y necesidad médica del seguro de salud público y privado. Mientras que el hospital intentará determinar la cobertura basada en la cobertura del seguro conocido y disponible del paciente, se puede facturar al paciente si los servicios no son un servicio reembolsable y el paciente ha aceptado ser facturado.

- c. Cobertura de un programa público, privado, o basada en asistencia financiera del hospital tal vez no pueda aplicarse a ciertos procedimientos primarios o electivos que no son reembolsables por tales opciones de cobertura. Si el paciente no está seguro si un servicio no está cubierto, se debe comunicar con el departamento de Consejería Financiera localizado en el primer piso del hospital al (413) 534-2603 o (413) 535-4723 entre las horas de 8:00am to 4:00pm de Lunes a Viernes para determinar que opciones de cobertura hay disponible.

C. Localidades del Hospital que ofrecen servicios médicamente necesarios y cubiertos por la Póliza de Asistencia Financiera:

La póliza de asistencia financiera del hospital cubre los siguientes lugares donde los pacientes también pueden obtener información sobre la disponibilidad de programas de asistencia pública:

- Holyoke Medical Center, 575 Beech Street, Holyoke, MA 01040, (413) 534-2525 y todo lugar afiliado.

Además, la póliza de asistencia financiera del hospital cubre los Emergentes, Urgente, y los servicios de Atención Primaria facilitados por los siguientes tipos de proveedores dentro de las localidades del hospital mencionados anteriormente:

- Reumatología
- Endocrinología
- Ortopedia
- Cirugías Especial & Especializadas
- Cardiovascular
- Urología
- Bariátrica
- Hematología/Oncología
- Obstetricia/Ginecología
- Gastroenterología
- Anestesiología
- Patología
- Cuidado Critico

Una lista de proveedores especificando cuales están incluidas en esta póliza y cuales no, se puede obtener de forma gratuita, tanto en línea como en papel de la siguiente manera:

- En línea en www.holyokehealth.com bajo la sección de Información para Paciente & Visitante
- Para obtener una lista en papel, póngase en contacto con el departamento de Consejería Financiera al (413) 535-4723 o (413) 534-2603

II. Programas de Asistencia Pública y Asistencia Financiera del Hospital

A. Descripción general de Cobertura de Salud y Programas de Asistencia Financiera

Los pacientes del hospital pueden ser elegibles para servicios de atención médica gratis o a costo reducido a través de diversos programas de asistencia pública del estado, así como los programas de asistencia financiera del hospital (incluyendo pero no limitado a MassHealth, el programa de asistencia de pago de prima operado por el Health Connector, el programa de Children's Medical Security, el Health Safety Net, y Medical Hardship. Tales programas están destinados a ayudar a los pacientes de bajo-ingreso, teniendo en cuenta la habilidad de cada individuo para contribuir al costo de su cuidado. Para aquellos individuos que no tienen seguro o con insuficiente seguro, el hospital, cuando se solicite, les ayudara a aplicar a cualquier cobertura de programas de asistencia pública o los programas de asistencia financiera del hospital, que puede cubrir la totalidad o algunos de sus facturas sin pagar del hospital.

B. Programas de Asistencia Pública del Estado

El Hospital está disponible para ayudar a los pacientes en inscribirse en los programas de cobertura de salud estatales. Estos incluyen a MassHealth, el programa de asistencia de pago de prima operado por el Health Connector, y el programa de Children's Medical Security. Para estos programas, los solicitantes pueden presentar una solicitud a través de un página web (la cual esta centralmente ubicada en la página del estado en Health Connector), una solicitud en papel, o por teléfono con un representante de servicio al cliente se encuentra ya sea con MassHealth o el Health Connector. Las personas también pueden pedir ayuda a consejeros financieros del hospital (también llamados Consejeros de Aplicaciones Certificados) enviando la solicitud, ya sea en la página web o a través de una solicitud en papel.

C. Asistencia Financiera del Hospital

El Hospital también facilita asistencia financiera a los pacientes cuyos ingresos demuestra una incapacidad para pagar la totalidad o una parte de los servicios prestados. Los pacientes que son residentes de Massachusetts y / o en el área de servicio del hospital pueden ser requeridos a completar la solicitud de su estado para la cobertura de Medicaid o seguro de salud subsidiado antes de solicitar la cobertura de asistencia financiera del hospital. Los pacientes que califican son elegibles para la Póliza de Asistencia Financiera del Hospital, basado en los siguientes criterios:

C.1. Asistencia Financiera del Hospital a través del Health Safety Net

A través de su participación en el Massachusetts Health Safety Net, el Hospital facilita asistencia financiera a los pacientes de bajo-ingreso sin seguro o con insuficiente seguro que son residentes de Massachusetts y que cumplan con los requisitos de ingresos. El Health Safety Net fue creado para distribuir más equitativamente el costo de proporcionar atención médica sin compensación a los pacientes con bajo-ingreso sin seguro o con insuficiente seguro a través de la atención gratuita o con descuento en todos los hospitales agudos en Massachusetts. La puesta del Health Safety Net de atención médica sin compensación se lleva a cabo a través de una evaluación en cada hospital para cubrir el costo de la atención a los pacientes sin seguro y con ingresos menos del 300% del nivel federal de pobreza. Es la póliza del hospital que todos los pacientes que reciben asistencia financiera bajo la póliza de asistencia financiera del hospital incluya los servicios de health safety net como parte de la atención médica sin compensación facilitada a los pacientes de bajos ingresos.

A través de la participación con el Health Safety Net, pacientes de bajo-ingreso que reciben servicios en el Hospital pueden ser elegible para ayuda financiera, incluyendo cuidado gratis o parcialmente gratis por servicios elegibles al Health Safety Net definidos en 101 CMR 613:00.

(a) Health Safety Net - Primario

Pacientes sin seguro que son residentes de Massachusetts con ingresos del hogar verificados por MassHealth MAGI o ingresos de familia con Medical Hardship, como se describe en 101 CMR 613.04 (1), entre 0-300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) pueden ser determinados elegible para servicios elegibles del Health Safety Net.

El período de elegibilidad y el tipo de servicios para el *Health Safety Net - Primario* se limita a los pacientes elegibles para inscribirse en el Programa de Asistencia de Pago de Prima operado por el Health Connector como se describe en 101 CMR 613.04 (5) (a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de Salud para Estudiantes de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para el *Health Safety Net – Primario*.

(b) Health Safety Net – Secundario

Los pacientes que son residentes de Massachusetts con seguro de salud primario e ingresos del hogar verificados por MassHealth MAGI o ingresos de familia con Medical Hardship, como se describe en 101 CMR 613.04(1), entre 0 and 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) pueden ser determinados elegible para servicios elegibles del Health Safety Net. El período de elegibilidad y el tipo de servicios para el *Health Safety Net - Secundario* se limita a los pacientes elegibles para inscribirse en el Programa de Asistencia de Pago de Prima operado por el Health Connector como se describe en 101 CMR 613.04 (5) (a) y (b). Los pacientes sujetos a los requisitos del Programa de Salud para Estudiantes de M.G.L. c. 15A, § 18 no son elegibles para el *Health Safety Net – Secundario*.

(c) Health Safety Net – Deducibles Parciales

Pacientes que califiquen para el *Health Safety Net Primario* y el *Health Safety Net - Secundario* con ingresos del hogar verificados por MassHealth MAGI o ingresos de familia con Medical Hardship entre 150.1% and 300% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) pueden estar sujeto a un deducible anual si todos los miembros del Premium Billing Family Group (PBFG) tienen un ingreso más del 150.1% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Este grupo es definido en 130 CMR 501.0001.

Si algún miembro del PBFG tiene un Nivel Federal de Pobreza de menos del 150.1% no habrá un deducible para ningún miembro del PBFG. El deducible anual es igual a la mayor de:

1. el costo de prima más bajo del Programa de Asistencia de Pago de Prima operado por el Health Connector, ajustado por el tamaño del PBFG proporcionalmente a los estándares de ingresos MassHealth FPL, a partir del comienzo del año calendario; o
2. 40% de la diferencia entre la más baja del ingreso del hogar verificados por MassHealth MAGI o ingreso de familia con Medical Hardship, como se describe en 101 CMR 613.04 (1), en el Premium Billing Family Group (PBFG) del solicitante y 200% del Nivel Federal de Pobreza.

(d) Health Safety Net - Medical Hardship

Un residente de Massachusetts de cualquier ingreso puede calificar para *Medical Hardship* a través del Health Safety Net si los gastos médicos permitidos por lo que han agotado su ingreso contable que él o ella no es capaz de pagar por los servicios de salud. Para calificar para *Medical Hardship*,

gastos médicos permisibles del solicitante debe exceder un porcentaje determinado de ingresos contables del solicitante que se define en 101 CMR 613 como sigue:

Nivel de Ingreso	Porcentaje de Ingresos Contable
0 - 205% FPL	10%
205.1 - 305% FPL	15%
305.1 - 405%	20%
405.1 - 605% FPL	30%
>605.1% FPL	40%

Contribución requerida del solicitante se calcula como el porcentaje especificado de los ingresos contables en 101 CMR 613.05(1)(b) basado en el *Medical Hardship* FPL de la familia multiplicado por Ingresos Contables actual, menos facturas que no son elegibles para el pago de Health Safety Net, para lo cual el solicitante seguirá siendo responsable. Otros requisitos para el *Medical Hardship* se especifican en 101 CMR 613.05.

C.2. Asistencia Financiera Adicional del Hospital

Además del Health Safety Net, el hospital ofrece asistencia financiera para aquellos pacientes que cumplen sus criterios como se indica a continuación. Esta ayuda financiera está destinada a complementar y no sustituir a otra cobertura para servicios con el fin de asegurar que la asistencia financiera es facilitada cuando sea necesario. El hospital no negará ayuda financiera bajo su póliza de asistencia financiera basada en el hecho de que el solicitante fracase a facilitar la información o documentación, a menos que la información o documentación que se describe en y necesaria para la determinación de asistencia financiera a través del formulario de solicitud.

- Cuyos ingresos son menos que el 300% del Nivel Federal de Pobreza
- Que han solicitado para y han sido negados Asistencia Financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera del estado de MA i.e. HSN, MH, Health Connector, etc.; y
- No tienen ningún tipo de seguro para cubrir los servicios facilitados que son medicamento necesarios ; y
- Es un residente de Massachusetts; sin embargo, si el solicitante es residente fuera del estado que puede facilitar evidencia de la solicitud y que ha sido negado asistencia financiera publica de su propio estado, nosotros también podemos aplicar este descuento.

D. Limitaciones sobre Cargas

El hospital no le cobrará a ningún individuo que es elegible para la ayuda bajo su póliza de asistencia financiera por cuidado de emergencia y medicamento necesaria más que la "cantidad generalmente facturada" a personas que tienen un seguro para dicha atención. Para este propósito la "cantidad generalmente facturada" se determina usando el siguiente método:

- Las cantidades generalmente facturada a las personas aseguradas se determina tomando el total de pagos de Medicare, calculado en el informe de costos de Medicare, dividido por el total de los gastos de Medicare y calculando el promedio de descuento dado. El actual porcentaje de descuento promedio es 46%. Su responsabilidad financiera se calcula entonces de la siguiente manera:
 - $\text{Sus Cargos Totales} \times \text{Porcentaje de Descuento Promedio calculado} = \text{su responsabilidad financiera}$

*Note: Es la póliza de Holyoke Medical Center de cobrar a todo paciente con o sin seguro sus tarifas estándar en los archivos del Commonwealth of Massachusetts Centers for Health Information and Analysis. La cantidad finalmente colectada, i.e. cantidad generalmente facturada,

variara dependiendo en el programa de asistencia financiera Federal, Estatal, o del hospital por el cual el paciente pueda o no pueda calificar así como las condiciones de las mismas de cualquier tipo de contrato o pago negociado con la compañía de seguro del paciente. La cantidad finalmente colectada del paciente sin seguro se maneja caso por caso.

El hospital le cobrara a cualquier individuo que es elegible para la ayuda bajo su póliza de asistencia financiera por el resto de la atención una cantidad menor que los cargos brutos de dicha atención.

E. Avisos & Aplicación para Asistencia Financiera del Hospital y Programas de Asistencia Publica

E.1 Avisos de Asistencia Financiera del Hospital & Opciones de Asistencia Publica Disponibles

Para aquellos individuos que no tienen seguro o insuficiente seguro, el hospital va a trabajar con los pacientes para ayudarles en la solicitud de ayudas públicas y / o programas de asistencia financiera del hospital, que pueden cubrir una parte o la totalidad de sus facturas del hospital sin pagar. Con el fin de ayudar a las personas sin seguro o insuficiente seguro encontrar opciones disponibles y adecuados, el hospital facilitara a todos los individuos con un aviso general de la disponibilidad de asistencia pública y los programas de asistencia financiera durante la registración inicial en persona del paciente en un lugar hospitalario para un servicio, en todas las facturas que se envían a un paciente o garante, y cuando el proveedor es notificado o a través de su propia diligencia se da cuenta de un cambio en el estado de elegibilidad del paciente para la cobertura de seguro público o privado.

Además, el hospital también publica avisos generales en las áreas de prestación de servicios donde hay una registración o área de registración (incluyendo, pero no limitado a, hospitalaria, ambulatoria, departamentos de emergencia, y establecimiento de los centros de salud comunitario afiliadas), en las oficinas de Consejeros de Aplicación Certificados (“CAC”), y en las áreas generales de la oficina de negocios que se utilizan habitualmente por los pacientes (por ejemplo, las áreas de admisiones y de registración, o en las oficinas de servicios financieros de los pacientes que son activamente abierto al público). El aviso general informará al paciente acerca de la disponibilidad de asistencia pública y asistencia financiera del hospital (incluyendo MassHealth, el programa de asistencia de pago de prima operado por el Health Connector, el Children’s Medical Security Program, el Health Safety Net y Medical Hardship) así como el lugar(es) en el hospital y/o el número de teléfono a llamar para programar una cita con un CAC. El objetivo de estos avisos es ayudar a las personas a solicitar para la cobertura de uno o más de estos programas.

E.2. Aplicación para Asistencia Financiera del Hospital y Programas de Asistencias Publicas

El Hospital está disponible para ayudar a los pacientes en inscribirse en un programa de asistencia pública del estado. Estos incluyen MassHealth, el programa de asistencia de pago de prima operado por el Health Connector del estado, y el Children’s Medical Security Plan. Basado en la información facilitada por el paciente, el hospital también identificará las opciones de cobertura disponibles a través de su programa de asistencia financiera, incluyendo el programa del Health Safety Net y Medical Hardship.

Para programas además del Medical Hardship, los solicitantes pueden presentar una solicitud a través de la página web (Que está centralmente situada en la página web del Health Connector del estado), una aplicación en papel, o por teléfono con un representante de servicio al cliente que se encuentra con MassHealth o el Health Connector. Las personas también pueden pedir ayuda a consejeros de

aplicación certificados del hospital con la presentación de la solicitud, ya sea en la página web o a través de una aplicación en papel.

Para Medical Hardship, el hospital trabajara con el paciente para determinar si un programa como Medical Hardship sería apropiado y presentar una aplicación de Medical Hardship al Health Safety Net. Es obligación del paciente facilitar toda información necesaria conforme a lo solicitado por el hospital en un plazo adecuado para asegurar que el hospital pueda presentar una solicitud completa. Si el paciente es capaz de facilitar toda la información de manera oportuna, el hospital hará lo posible por presentar la solicitud completa y total dentro de los cinco (5) días laborales de a ver recibido toda la información necesaria y solicitada. Si la aplicación total y completa no se presenta dentro de los cinco días laborales de haber recibido toda la información necesaria, las acciones de cobro no pueden ser tomadas en contra del paciente con respecto a las facturas elegible para Medical Hardship.

El hospital también puede ayudar a los pacientes con la inscripción para el Health Safety Net mediante un proceso de determinación presuntiva, que proporciona un período limitado de elegibilidad. Este proceso se lleva a cabo por el personal del hospital y centro de salud comunitario, que, sobre la base de la auto-certificación de la información financiera del paciente, se considere un paciente como a la definición de bajo-ingreso del paciente y será cubierto por los servicios del Health Safety Net solamente. La cobertura comenzará en la fecha en que el proveedor hace la determinación hasta el final del mes siguiente en el que se realiza la determinación presuntiva. No obstante, la cobertura puede ser terminada antes si el paciente presenta una solicitud completa como se describió anteriormente.

Para obtener ayuda financiera proporcionada por el hospital, se requiere la siguiente documentación para determinar la elegibilidad:

- a) Prueba de Ingreso:
 - a. Declaración de Impuestos más reciente con Planillas
 - b. 3 talonarios más recientes
 - c. o declaración de salarios e impuestos
- b) Identificación con foto emitido por el Gobierno
- c) Denegación de los Programas Estatales de Asistencia Financiera i.e. HSN, MH, Health Connector

El hospital no negará ayuda financiera bajo su póliza de asistencia financiera por información o documentación a menos que la información o documentación se describa en su póliza de asistencia financiera o formulario de solicitud.

E.3 Función del Consejero Financiero del Hospital

El hospital ayudará a personas sin seguro e insuficiente seguro a aplicar para cobertura de salud a través de un programa de asistencia pública (incluyendo pero no limitado a MassHealth, el programa de asistencia de pago de prima operado por el Health Connector, y el Children's Medical Security Program), y trabajar con las personas para inscribirlos según sea apropiado. El hospital también ayudará a los pacientes que desean aplicar para ayuda financiera del hospital, lo que incluye la cobertura a través del Health Safety Net y Medical Hardship.

El Hospital:

- a) proveerá información sobre la gama completa de programas, incluyendo MassHealth, el programa de asistencia de pago de prima operado por el Health Connector, el Children's Medical Security Program, Health Safety Net, y Medical Hardship;
- b) ayudará a las personas a llenar una nueva aplicación de cobertura o presentar una renovación para la cobertura existente;
- c) trabajar con el individuo para obtener toda la documentación requerida;
- d) presentar solicitudes y renovaciones (junto con toda documentación requerida);
- e) interactuar, según sea necesario y cuando lo permitan las limitaciones actual del sistema, con los Programas en el estatus de dichas aplicaciones y renovaciones;
- f) ayudará a facilitar la inscripción de los solicitantes o beneficiarios en Programas de seguro; y
- g) ofrecer y proveer asistencia con la registración de votos.

El hospital le informará al paciente de su obligación de proporcionar al hospital y la agencia estatal correspondiente con información precisa y oportuna sobre su nombre completo, dirección, número de teléfono, fecha de nacimiento, número de seguro social (si está disponible), las opciones de cobertura de seguro actual (incluyendo del hogar, vehículo de motor, y otro seguro de responsabilidad civil) que puede cubrir el costo de la atención recibida, todos los demás recursos financieros aplicables, ciudadanía y la información de residencia. Esta información se presentará al Estado como parte de la solicitud de ayuda de programas públicos para determinar la cobertura de los servicios prestados a la persona.

Si el individuo o el garante no pueden proporcionar la información necesaria, el hospital puede (a petición de la persona) hacer esfuerzos razonables para obtener cualquier información adicional de otras fuentes. Tales esfuerzos también incluyen el trabajar con individuos, a petición del individuo, para determinar si una factura por servicios debe ser enviada al individuo para ayudar alcanzar el deducible de una sola vez. Esto ocurrirá cuando el individuo este programando sus servicios, durante la pre-registración, mientras que el individuo es admitido en el hospital, tras ser dado de alta, o por un tiempo razonable después del alta del hospital. La información que obtiene los CAC se mantienen de acuerdo con las leyes de seguridad federal y estatal aplicable.

El hospital también notificará al paciente durante el proceso de solicitud de su responsabilidad de informar tanto al hospital y la agencia estatal que provee cobertura de servicios de salud de alguna tercera persona que pueden ser responsables de pagar los reclamos, incluyendo una casa, auto, u otra póliza de seguro. Si el paciente ha presentado una reclamación de tercera persona o presentado una demanda contra una tercera persona, el CAC notificará al paciente de la obligación de notificar al proveedor y el programa estatal dentro de los 10 días de tales acciones. El paciente también se informara de que deben reembolsar la agencia estatal correspondiente la cantidad del cuidado de salud cubierta por el programa estatal si hay una recuperación en la demanda, o asignación de derechos al estado para que pueda recuperar su aplicable.

Cuando el individuo contacte el hospital, el hospital tratará de identificar si una persona califica para un programa de asistencia pública o para el programa de asistencia financiera del hospital. Un individuo que está inscrito en un programa de asistencia pública puede tener derecho a ciertos beneficios. Las personas también pueden calificar para asistencia adicional basada en el programa de asistencia financiera del hospital basado en el ingreso documentado del individuo y de los gastos médicos permitidos.

*** Este documento puede ser traducido a pedido y sin cargo.**

III. Adjuntos/Exposiciones

Copias de las notificaciones Financieros del Paciente (Vea Exposiciones Adjuntas)

- a) Primer, todos los otros avisos de facturas
- b) Letreros al igual que volantes generales y folletos (si alguno) en cuanto a la disponibilidad de asistencia financiera
- c) Avisos de Aprobación/Denegación

Ejemplo de declaración inicial

«Insert7»
«Insert8»
CHANGE SERVICE REQUESTED

Please contact «Insert9»
Interpretive Services available upon request.



«LetterCode» «IMBSerialNumber»

«FullName»
«AttnLine»
«Address1»
«Address2»
«City» «State» «ZipCode»-«ZipPlus4»


PATIENT NAME «Insert3»		AMOUNT DUE \$«Insert1»
SERVICE DATE «Insert8»	ACCOUNT NO. «Insert12»	AMOUNT ENCLOSED

PLEASE SEE REVERSE SIDE FOR DETAILS
WE ACCEPT:   

PLEASE INCLUDE YOUR ACCOUNT NUMBER WHEN MAKING PAYMENT
MAKE CHECKS PAYABLE TO: HOLYOKE MEDICAL CENTER

SEND PAYMENTS TO:
 **Holyoke Medical Center**
a member of Valley Health Systems
ATTN: BILLING DEPT.
575 BEECH STREET
HOLYOKE, MASSACHUSETTS 01040-2298


KEEP THIS BOTTOM PORTION FOR YOUR RECORDS

Patient Name	Account Number	Admission Date	Discharge Date	Billing Date
«Insert3»	«Insert12»	«Insert2»	«Insert15»	8/12/2016
SERVICE DATE	DESCRIPTION	AMOUNT		
«Insert2»- «Insert15»	«Insert35» «Insert39» «Insert43» «Insert47» «Insert51» «Insert55» «Insert59» «Insert63» «Insert67» «Insert71» «Insert75» «Insert79» «Insert83» «Insert87» «Insert91» «Insert95» «Insert99» «Insert103» «Insert107» «Insert111» «Insert115» «Insert119»	«Insert37» «Insert41» «Insert45» «Insert49» «Insert53» «Insert57» «Insert61» «Insert65» «Insert69» «Insert73» «Insert77» «Insert81» «Insert85» «Insert89» «Insert93» «Insert97» «Insert101» «Insert105» «Insert109» «Insert113» «Insert117» «Insert121»		
Insurance Coverage	«Insert19»	Balance Forward	\$«Insert1»	
		Please Pay This Amount 	\$«Insert1»	




IMPORTANT MESSAGE REGARDING YOUR ACCOUNT

Thank you for choosing «Insert24» for your healthcare needs.
If you feel this is incorrect or require any assistance in understanding this statement, please call the Business Office at «Insert9» between the hours of «Insert11», or in person between 8:30 am to 3:00 pm.
Please see back of statement for important financial assistance information.

PLEASE SEE FINANCIAL ASSISTANCE INFORMATION ON REVERSE SIDE OF THIS STATEMENT

810CSTRO01HMC100

Ejemplo de la parte posterior de todas las declaraciones

Section 1 Change of Information		B. Insurance Information	C. Medicaid Information
A. General Information		Primary Insurer	Patient name
<input type="checkbox"/> Patient <input type="checkbox"/> Responsible Party Name _____		Name of Insurance Co. _____	Patient Address _____
Address _____		Insurance Co. Address _____	MASS HEALTH NUMBER
Telephone No. _____			Masshealth Managed Care Plan: _____
Other _____		I.D. Number _____	Name of plan: _____
Section 2 Payment Information		Group Name or Number _____	PATIENT ID NUMBER
Bills are payable in full upon receipt		Effective Date _____	
<input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  3 Digit Security Code (found on back of credit card)		Cardholder Name _____	Are you eligible for Health Safety Net? <u> </u> Y <u> </u> N
CREDIT CARD # _____		Relationship to Patient _____	Social Security #: _____ Date of birth: _____
 M M Y Y		Employer Name _____	
Cardholder Signature _____ Expiration Date _____			Cardholder Signature _____ Date _____

IMPORTANT

This statement is only for services billed by the hospital. You may receive separate bills for radiology services, anesthesia services, pathology services or other specialized services in addition to your physician or surgeon's billings which were associated with your recent hospital services. If you have any questions regarding any of these additional billings, please call the individual phone numbers listed on each of the billings you receive.

FINANCIAL ASSISTANCE INFORMATION

Financial Assistance such as MassHealth, the Premium Assistance Payment Program Operated by the Health Connector, the Children's Medical Security Plan, Health Safety Net, Medical Hardship, and additional Holyoke Medical Center Financial Assistance Programs may be available. Please contact our Financial Counselors for additional information. If your last name begins with A-L call (413) 535-4723 or M-Z call (413) 534-2603. For assistance with a payment plan, please call (800) 416-6072. To view our credit and collection policy and financial assistance policy, please visit our website at www.holyokehealth.com.

IMPORTANTE

Esta declaración de cuenta es solamente para los servicios cobrados por el hospital. Usted puede recibir cobros independientes por los servicios de radiología, servicios de anestesia, servicios de patología u otros servicios especializados además de su médico o cobro de los cirujanos que se asociaron con sus recientes servicios de hospital. Si usted tiene preguntas acerca de cualquiera de estos cobros adicionales, por favor llame a los números de teléfono incluidos en cada una de la facturas que reciba.

INFORMACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Asistencia financiera como MassHealth, el programa Premium de asistencia de pago dirigido por el Health Connector, el Children's Medical Security plan, Health Safety Net (Free Care), Medical Hardship (Dificultades médicas) y programas de asistencia financiera parte del Holyoke Centro Médico pueden estar disponible. Para información adicional por favor póngase en contacto con nuestros asesores financieros. Si tu apellido empieza con A-L llame al (413) 535-4723 o M-Z llame al (413) 534-2603. Necesita ayuda para un plan de pago? Por favor llame al (800) 416-6072. Para ver nuestra política de crédito y cobranza y póliza de asistencia financiera, por favor visite nuestro sitio web en www.holyokehealth.com.

NEED A PHYSICIAN?

If you need FREE information about local physicians, call our Health Promotion Line 8:30 am – 4:30 pm, Monday – Friday, at 413-534-2789.

NEW HMC PATIENT PORTAL NOW AVAILABLE.....

Holyoke Medical Center now has a secure way for patients to access their hospital information online, including Lab results, Radiology reports, and upcoming appointments. The HMC Patient Portal is available by visiting our website at <http://www.holyokehealth.com/HMCHealthConnect.aspx>.

To enroll in the portal please review the instructions and click on the green enroll button.

Ejemplo de la cuarta declaración




«Insert7»
«Insert8»
CHANGE SERVICE REQUESTED



Please contact «Insert9»
Interpretive Services available upon request.

«LetterCode» «IMBSerialNumber»


«FullName»
«AttnLine»
«Address1»
«Address2»
«City» «State» «ZipCode»-«ZipPlus4»

PATIENT NAME «Insert3»		AMOUNT DUE \$«Insert1»
SERVICE DATE «Insert8»	ACCOUNT NO. «Insert12»	AMOUNT ENCLOSED

PLEASE SEE REVERSE SIDE FOR DETAILS
 WE ACCEPT:   
 PLEASE INCLUDE YOUR ACCOUNT NUMBER WHEN MAKING PAYMENT
 MAKE CHECKS PAYABLE TO: HOLYOKE MEDICAL CENTER

SEND PAYMENTS TO:
 **Holyoke Medical Center**
a member of Valley Health Systems
 ATTN: BILLING DEPT.
 575 BEECH STREET
 HOLYOKE, MASSACHUSETTS 01040-2298


KEEP THIS BOTTOM PORTION FOR YOUR RECORDS

Patient Name	Account Number	Admission Date	Discharge Date	Billing Date
«Insert3»	«Insert12»	«Insert2»	«Insert15»	8/11/2018
SERVICE DATE	DESCRIPTION	AMOUNT		
«Insert2»- «Insert15»	«Insert35» «Insert39» «Insert43» «Insert47» «Insert51» «Insert55» «Insert59» «Insert63» «Insert67» «Insert71» «Insert75» «Insert79» «Insert83» «Insert87» «Insert91» «Insert95» «Insert99» «Insert103» «Insert107» «Insert111» «Insert115» «Insert119»	«Insert37» «Insert41» «Insert45» «Insert49» «Insert53» «Insert57» «Insert61» «Insert65» «Insert69» «Insert73» «Insert77» «Insert81» «Insert85» «Insert89» «Insert93» «Insert97» «Insert101» «Insert105» «Insert109» «Insert113» «Insert117» «Insert121»		
Insurance Coverage	«Insert19»	Balance Forward	\$«Insert1»	
		Please Pay This Amount 	\$«Insert1»	

IMPORTANT MESSAGE REGARDING YOUR ACCOUNT

Thank you for choosing «Insert24». This is a reminder regarding your balance due on your account shown above.
 Over the last several weeks, we have sent you several billing notices and/or have attempted telephone calls requesting your assistance. Failure to comply will leave us with no other recourse but to place your account with a collection agency. To prevent this action, you must remit the full balance within 10 days. If you are unable to make payment in full today, please call us at once to arrange a payment plan. If you have any questions please call «Insert9».
 Itemized bill is available upon request.

PLEASE SEE FINANCIAL ASSISTANCE INFORMATION ON REVERSE SIDE OF THIS STATEMENT

810CSTRO01HMC3

Ejemplo de declaración de plan de pago

«Insert7»
«Insert8»
CHANGE SERVICE REQUESTED

Please contact «Insert9»
Interpretive Services available upon request.

«LetterCode» «IMBSerialNumber»

«FullName»
«AttnLine»
«Address1»
«Address2»
«City» «State» «ZipCode»-«ZipPlus4»

PATIENT NAME «Insert3»		AMOUNT DUE \$«Insert10»
SERVICE DATE «Insert38»	ACCOUNT NO. «Insert12»	AMOUNT ENCLOSED

WE ACCEPT:   

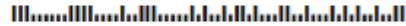
PLEASE SEE REVERSE
SIDE FOR DETAILS

PLEASE INCLUDE YOUR ACCOUNT NUMBER WHEN MAKING PAYMENT

MAKE CHECKS PAYABLE TO: HOLYOKE MEDICAL CENTER



SEND PAYMENTS TO:
ATTN: BILLING DEPT.
575 BEECH STREET
HOLYOKE, MASSACHUSETTS 01040-2298



KEEP THIS BOTTOM PORTION FOR YOUR RECORDS

Patient Name		Account Number	Admission Date	Discharge Date	Billing Date
«Insert3»		«Insert12»	«Insert2»	«Insert15»	8/11/2016
SERVICE DATE	DESCRIPTION			AMOUNT	
«Insert2»- «Insert15»	«Insert35» «Insert39» «Insert43» «Insert47» «Insert51» «Insert55» «Insert59» «Insert63» «Insert67» «Insert71» «Insert75» «Insert79» «Insert83» «Insert87» «Insert91» «Insert95» «Insert99» «Insert103» «Insert107» «Insert111» «Insert115» «Insert119»			«Insert37» «Insert41» «Insert45» «Insert49» «Insert53» «Insert57» «Insert61» «Insert65» «Insert69» «Insert73» «Insert77» «Insert81» «Insert85» «Insert89» «Insert93» «Insert97» «Insert101» «Insert105» «Insert109» «Insert113» «Insert117» «Insert121»	
Insurance Coverage		«Insert19»	Balance Forward		\$«Insert1»
			Please Pay This Amount		\$«Insert10»

IMPORTANT MESSAGE REGARDING YOUR ACCOUNT

Listed above you will find your current balance for the account # referenced above.
Your next payment of \$«Insert10» is due. Please remit your payment, and include your account # on your check or money order.
Major credit cards are also accepted by completing the payment coupon above, or calling the business office.
If you feel this is incorrect or require assistance in understanding this statement, our representatives will be more than happy to assist you.
Business Office telephone # «Insert9» Office hours: «Insert11», or in person at the cashier office Monday through Friday 8:30 – 3:00 pm.
Itemized bill is available upon request.

PLEASE SEE FINANCIAL ASSISTANCE INFORMATION ON REVERSE SIDE OF THIS STATEMENT

#10CSTRO01HMC87

Ejemplo de declaración de retraso en el pago

«Insert7»
«Insert8»
CHANGE SERVICE REQUESTED




Please contact «Insert9»
Interpretive Services available upon request.

«LetterCode» «IMBSerialNumber»

«FullName»
«AttnLine»
«Address1»
«Address2»
«City» «State» «ZipCode»-«ZipPlus4»

PATIENT NAME		AMOUNT DUE
«Insert3»		\$«Insert1»
SERVICE DATE	ACCOUNT NO.	AMOUNT ENCLOSED
«Insert38»	«Insert12»	


PLEASE SEE REVERSE SIDE FOR DETAILS

WE ACCEPT:   


PLEASE INCLUDE YOUR ACCOUNT NUMBER WHEN MAKING PAYMENT

MAKE CHECKS PAYABLE TO: HOLYOKE MEDICAL CENTER

SEND PAYMENTS TO:

 **Holyoke Medical Center**
a member of Valley Health Systems

ATTN: BILLING DEPT.
575 BEECH STREET
HOLYOKE, MASSACHUSETTS 01040-2296



KEEP THIS BOTTOM PORTION FOR YOUR RECORDS

Patient Name	Account Number	Admission Date	Discharge Date	Billing Date
«Insert3»	«Insert12»	«Insert2»	«Insert15»	8/11/2016
SERVICE DATE	DESCRIPTION	AMOUNT		
«Insert2»- «Insert15»	«Insert35»	«Insert37»		
	«Insert39»	«Insert41»		
	«Insert43»	«Insert45»		
	«Insert47»	«Insert49»		
	«Insert51»	«Insert53»		
	«Insert55»	«Insert57»		
	«Insert59»	«Insert61»		
	«Insert63»	«Insert65»		
	«Insert67»	«Insert69»		
	«Insert71»	«Insert73»		
	«Insert75»	«Insert77»		
	«Insert79»	«Insert81»		
	«Insert83»	«Insert85»		
	«Insert87»	«Insert89»		
	«Insert91»	«Insert93»		
	«Insert95»	«Insert97»		
	«Insert99»	«Insert101»		
	«Insert103»	«Insert105»		
	«Insert107»	«Insert109»		
	«Insert111»	«Insert113»		
	«Insert115»	«Insert117»		
	«Insert119»	«Insert121»		
Insurance Coverage	«Insert19»	Balance Forward	\$«Insert1»	
		Please Pay This Amount	\$«Insert1»	

IMPORTANT MESSAGE REGARDING YOUR ACCOUNT

Your scheduled payment for your account(s) listed above has not been received. If you have recently mailed your payment, please disregard this letter. If you have not yet mailed your payment, it must be received within 15 days. If unable to pay amount in full, please contact the business office at «Insert9».

Itemized bill is available upon request.

PLEASE SEE FINANCIAL ASSISTANCE INFORMATION ON REVERSE SIDE OF THIS STATEMENT

810C8TR001HMC88

Ejemplo de la parte frontal del volante de asistencia financiera

Financial Assistance
Asistencia Financiera

Notice of Availability of Financial Assistance
Aviso de Disponibilidad de Asistencia Financiera



Holyoke Medical Center

HolyokeHealth.com

Notice of Availability of Financial Assistance

If you are unable to pay your bill, financial assistance may be available, including but not limited to, MassHealth, the Premium Assistance Payment Program operated by the Health Connector, the Children's Medical Security Plan, Health Safety Net, Medical Hardship and additional Holyoke Medical Center Financial Assistance.

For further information about such eligibility, please inquire at:

Holyoke Medical Center
Financial Counseling Department
First Floor
8:00am to 4:00pm
Monday through Friday
Telephone: (413) 534-2603
(413) 535-4723

Aviso de Disponibilidad de Asistencia Financiera

Si usted no puede pagar su cuenta, ayuda financiera puede estar disponible, incluyendo pero no limitado a, MassHealth, el Programa de Asistencia de Pago de Prima operado por el Health Connector, el Children's Medical Security Plan, Health Safety Net, Medical Hardship y Asistencia Financiera adicional de Holyoke Medical Center.

Para mas información sobre estos programas, por favor comuníquese con:

Holyoke Medical Center
Departamento de Consejeros Financiero
Primer Piso
8:00am to 4:00pm
Lunes a Viernes
Teléfono: (413) 534-2603
(413) 535-4723



HolyokeHealth.com

Ejemplo del letrero de asistencia financiera. El letrero mide 11" x 17" y el tamaño de la letra es 42.



HOLYOKE MEDICAL CENTER

Notice of Availability of Financial Assistance

If you are unable to pay your bill, financial assistance may be available, including but not limited to, MassHealth, the Premium Assistance Payment Program operated by the Health Connector, the Children's Medical Security Plan, Health Safety Net, Medical Hardship, and additional Holyoke Medical Center Financial Assistance. For further information about such eligibility, please inquire at:

Holyoke Medical Center
FINANCIAL COUNSELING DEPARTMENT
First Floor
8:00 am to 4:00 pm
Monday through Friday
Telephone: 413-534-2603
413-535-4723

HOLYOKE MEDICAL CENTER

Aviso de Disponibilidad de Asistencia Financiera

Si usted no puede pagar su cuenta, ayuda financiera puede estar disponible, incluyendo pero no limitado a, MassHealth, el Programa de Asistencia de Pago de Prima operado por el Health Connector, el Children's Medical Security Plan, Health Safety Net, Medical Hardship, y Asistencia Financiera adicional de Holyoke Medical Center. Para más información sobre estos programas, por favor comuníquese con:

Holyoke Medical Center
DEPARTAMENTO DE
CONSEJEROS FINANCIEROS
Primer Piso
Lunes a Viernes
8:00 am a 4:00 pm
Teléfono: 413-534-2603
413-535-4723

7/16

Ejemplo de la carta de aprobación de asistencia financiera

August 2, 2016

"Nombre del Paciente"

"Numero de Cuenta"

"Fecha del Servicio"

Estimado "Nombre del Paciente" :

Holyoke Medical Center revisó su solicitud para Asistencia Financiera.

Usted es elegible para la Asistencia Financiera de Holyoke Medical Center. Su periodo de elegibilidad es desde _____ hasta _____.

El programa de Asistencia Financiera de Holyoke Medical Center cubre el costo de servicios médicamente necesarios, servicios hospitalarios y ambulatorios no experimentales para pacientes cuyo ingreso familiar es menos que el 300% de las guías del Nivel Federal de Pobreza a un 54% de descuento. No cubre tratamientos experimentales, diferencial de cuartos privado, u otros servicios no-médicamente necesarios.

El programa de Asistencia Financiera de Holyoke Medical Center cubre el costo de servicios médicamente necesarios facturados por Holyoke Medical Center y todo grupo afiliado. No cubre el costo de servicios facturados por otros grupos independientes tales como doctores privados y grupos de especialidades.

Si usted aún necesita servicios médicos cuando termine su periodo de elegibilidad, usted puede volver a solicitar comunicándose con la Oficina de Consejeros Financiero al (413) 534-2603 o (413) 535-4723. Es su responsabilidad notificar a Holyoke Medical Center si hay algún cambio en el tamaño de su familia, ingreso, cobertura de seguro médico o residencia de MA.

Si usted tiene alguna pregunta sobre esta decisión, favor de llamar a la Oficina de Consejeros Financiero al (413) 534-2603 o (413) 535-4723, de Lunes a Viernes, de 8:00am a 4:00pm.

Sinceramente,

[Your Name]

Consejero Financiero

Holyoke Medical Center

Ejemplo de la carta de denegación de asistencia financiera

August 2, 2016

"Nombre del Paciente"

"Numero de Cuenta"

"Fecha del Servicio"

Estimado "Nombre del Paciente" :

Holyoke Medical Center revisó su solicitud de Asistencia Financiera y encontró que usted no es elegible debido a la siguiente razón:

Usted no solicitó Asistencia Financiera del Estado y/o de cualquier Asistencia Federal.

Usted tiene seguro médico.

El ingreso de su familia está sobre el 300% del Nivel Federal de Pobreza.

Usted no es residente de Massachusetts y no solicitó Ayuda Financiera de su Estado.

Usted no proveyó la documentación necesaria para completar su solicitud.

Documentación necesaria: _____

**Si envía esta información dentro de los 30 días, el Hospital reconsiderará su solicitud.*

Los servicios hospitalarios para los que usted desea recibir asistencia financiera no son/eran médicamente necesarios. Por ejemplo: cirugía cosmética, diferenciales de habitaciones privadas, y artículos de conveniencia personal.

Otras razones: _____

Sinceramente,

[Your Name]

Consejero Financiero

Holyoke Medical Center

APPROVALS