
Política de

Assistência

Financeira (FAP)

財務補助政策

Financial Assistance Policy

Правила предоставления финансовой помощи

Política de Asistencia Financiera

Chính sách Hỗ trợ Tài chính

1. OBJETIVO

O Tufts Medical Center, mencionado nesta política como “Tufts MC” ou o “Hospital”, dedica-se a oferecer serviços de atendimento de saúde de qualidade para a comunidade. O Hospital oferece os serviços médicos necessários para todos os pacientes que possam ou não pagar. Ao fornecer os serviços, o Hospital não discrimina com base em raça, cor, nacionalidade, cidadania, condição de estrangeiro, religião, credo, identidade sexual, orientação sexual, idade ou incapacidade. Para poder oferecer serviços e suporte de alta qualidade para a sua comunidade, o Tufts MC deve manter uma base financeira viável que consiste na coleta dentro dos prazos das suas contas a receber.

O Tufts MC reconhece que alguns pacientes têm recursos limitados e podem não ter acesso à cobertura de plano de saúde para todos os serviços. Esta política foi desenvolvida para informar aos pacientes sem plano de saúde ou com plano de saúde insuficiente, que dispõem de recursos financeiros limitados, sobre os vários programas de assistência financeira que o Hospital oferece.

Os pacientes que dispõem de recursos financeiros devem pagar pelos serviços fornecidos pelo Tufts MC. Esta política parte do princípio de que os pacientes que têm acesso a um plano de saúde financeiramente acessível usarão e manterão sua cobertura. Os programas de assistência financeira do Tufts MC têm por objetivo atender aos pacientes que não tenham plano de saúde de entidades públicas (por ex., Medicare ou Medicaid) nem de entidades privadas (por ex., Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim, etc.) e que tenham carência financeira. Quando o critério aplicável é atendido, os descontos do Tufts MC estão disponíveis para pacientes com carência financeira causada por renda limitada ou quando as despesas médicas contraídas representam uma parte substancial de sua renda.

2. DEFINIÇÕES

Serviços de Emergência: serviços médicos necessários fornecidos após o início do problema médico, seja ele de natureza física ou mental, manifestado por sintomas de suficiente gravidade, inclusive dores fortes, e que, na ausência de pronto atendimento médico, uma pessoa leiga prudente que tenha conhecimento médio sobre saúde e medicina possa dizer que a saúde da pessoa ou de outra pessoa possa estar em sério perigo, afetar gravemente as funções do corpo ou problemas sérios de qualquer órgão ou parte do corpo, com relação a uma mulher grávida, de acordo com as definições estabelecidas no 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Um exame médico e qualquer tratamento de estabilização do problema médico de emergência, incluindo mas não limitado a, internação ou qualquer outro serviço prestado de acordo com a exigência da Lei de Tratamento Médico e Parto de Emergência (Emergency Medical Treatment and Labor Act - EMTALA) (42 U.S.C. § 1395[dd]), qualificam-se como Serviços de Emergência.

Serviços de Urgência: serviços médicos necessários prestados após o início súbito de um problema médico, seja ele de natureza física ou mental, que apresente sintoma agudos de gravidade suficiente (incluindo dores fortes) que uma pessoa leiga prudente acredite que, sem atenção médica dentro de 24 horas, a saúde do paciente possa estar em sério perigo, afetar gravemente as funções do corpo ou problemas sérios de qualquer órgão ou parte do corpo. Os serviços de urgência são prestados para os problemas que não sejam uma ameaça à vida nem que apresentem alto risco de danos sérios à saúde da pessoa.

Serviços Médicos Necessários que Não São de Urgência e Não São de Emergência: serviços que não se enquadram na definição de serviços de Emergência ou de Urgência mas que são necessários do ponto de vista médico. Normalmente, porém nem sempre, o paciente marca consulta para esses serviços antecipadamente.

Serviços Não Necessários do Ponto de Vista Médico: um procedimento, teste ou serviço que não afeta a qualidade da saúde nem exige um atendimento de emergência ou de urgência.

3. DISPOSIÇÕES GERAIS

a. Entidades Participantes

Esta política aplica-se aos serviços fornecidos e cobrados pelo Hospital nos locais relacionados no Apêndice A — Locais do Tufts Medical Center - Entidades Participantes. Esta política não se aplica aos serviços fornecidos e cobrados pelas entidades relacionadas no Apêndice B — Lista de Provedores Afiliados do Tufts Medical Center - Entidades Não Participantes mesmo quando tais serviços sejam fornecidos nos locais do Hospital relacionados no Apêndice A.

- b. Pacientes Sem Plano de Saúde ou com Plano de Saúde Insuficiente do Tufts MC são:
 1. Pacientes sem plano de saúde (“não segurados”);
 2. Pacientes que possuam somente o “seguro” Massachusetts Health Safety Net (HSN);
 3. Pacientes com saldos devedores por terem “esgotado” os benefícios do seu plano de saúde; ou
 4. Pacientes cujos saldos devedores por serviços “não cobertos” quando o seguro tenha determinado que o paciente é totalmente responsável pelas despesas dos serviços excluídos. Isso inclui os serviços cuja cobertura tenha sido negada pela seguradora devido ao limite da rede da seguradora.
- c. Responsabilidades do Paciente:
 - i. O paciente tem uma série de responsabilidades que devem ser cumpridas para se qualificar para a assistência do Hospital prevista nesta política, inclusive:
 1. Obrigação de obter e manter cobertura de seguro, caso haja cobertura financeiramente acessível disponível;
 2. Obrigação de se inscrever em todos os planos de seguro oferecidos pelo governo para os quais ele possa se qualificar;
 3. Obrigação de enviar, dentro de um prazo razoável, toda a documentação solicitada de comprovação de renda, bens, identidade e residência necessária para a inscrição na cobertura do Estado e/ou preencher o Requerimento de Assistência Financeira do Tufts MC;
 4. Obrigação de manter o Hospital informado sobre as informações demográficas e de seguro atualizadas; e
 5. Obrigação de pagar todos os saldos devedores dentro dos prazos acordados.
- d. Procedimento de Coordenação Financeira do Tufts MC:
 - i. A Coordenação Financeira (FC) analisa de forma proativa todos os pacientes sem seguro ou com seguro insuficiente que estejam para receber serviços. Os pacientes também são encaminhados dos departamentos do Tufts MC para a FC.
 - ii. A FC analisa os pacientes em termos de qualificação para cobertura de seguro público e/ou privado
 1. O Tufts MC analisa os pacientes em termos de qualificação para programas estaduais e federais. Para se qualificar para os descontos previstos nesta política, os pacientes podem ser obrigados a se inscrever em vários programas estaduais e federais, incluindo, dentre outros, o MassHealth e/ou Medicare.
 2. Se o paciente se qualificar de acordo com as diretrizes para programas públicos, a FC explicará o processo de inscrição e auxiliará o paciente a fazer o requerimento, se possível.
 3. Se o paciente não se qualificar de acordo com as diretrizes para programas públicos (i.e., de acordo com o Nível Federal de Pobreza (FPL, status de imigração, etc.), tiver qualquer plano público disponível negado ou se o plano público não cobrir totalmente o custo do paciente, a FC mostrará as opções de cobertura privada e avaliará se o paciente se qualifica para o Programa de Desconto de Assistência Financeira (Seção IV abaixo) do Tufts MC.

4. PROGRAMAS DE DESCONTO PARA PACIENTES DO TUFTS MC

- a. O Tufts MC oferece os seguintes programas de desconto para pacientes:
 1. Desconto para Paciente de Baixa Renda, dentro dos limites do FPL do Tufts MC (Seção IV(g))
 2. Desconto por Dificuldade Médica (Medical Hardship Discount), dentro dos limites do Tufts MC (Seção IV(h))
 3. Desconto para Paciente Sem Plano de Saúde ou Com Plano de Saúde Insuficiente (Uninsured and Underinsured Discount) (Seção IV(i))

Esses programas oferecem descontos para todos os saldos devedores de responsabilidade do paciente dentro do limite determinado pelo Tufts MC no Apêndice C — Valores de Desconto de Assistência Financeira do Tufts Medical Center, exceto copagamentos, franquias e cosseguro do paciente. No caso de o paciente se qualificar para vários programas de desconto, o programa com o maior desconto será adotado.

Os descontos não serão baseados em nenhum relacionamento que o paciente ou sua família tenha com qualquer funcionário ou membro do conselho administrativo do Hospital. Não serão oferecidos descontos baseados na consideração de “cortesia profissional” de um médico ou da sua família. Não serão oferecidos descontos para pacientes a fim de induzir o paciente a receber os serviços ou estar vinculado de alguma forma à geração de serviços pagos por um programa de atendimento de saúde federal, nem serão reembolsáveis em dinheiro pelos itens ou serviços fornecidos pelo Hospital, ou qualquer outra entidade do Tufts MC (inclusive descontos para a loja de presentes, cafeteria, etc.).

- b. Processo de Requerimento e Avaliação:
- i. Os pacientes devem entregar um Requerimento de Assistência Financeira preenchido ao Tufts Medical Center (Apêndice D), juntamente com toda a documentação necessária para que sejam pleiteados para a assistência. Documentação necessária pode incluir, dentre outros: (1) renda familiar conjunta (contracheques, registro de recolhimento do seguro social e uma carta do empregador, cópia da declaração de imposto de renda ou extratos bancários), (2) cidadania e identidade, (3) status de imigração para não cidadãos (se aplicável), (4) bens das pessoas com 65 anos e mais, e (5) informação do seguro, inclusive cobertura de benefícios e limites da rede. Toda a documentação deve ser apresentada dentro de 30 dias do envio inicial do requerimento para ser considerada pelo Hospital.
 - ii. Requerimentos confidenciais podem ser enviados para o Hospital no caso de menores ou pessoas que sofram abuso. Essas pessoas devem contatar a Coordenação Financeira.
 - iii. O Tufts MC não leva em consideração análises prévias para determinação de qualificação para a assistência financeira do Tufts MC ao avaliar o Requerimento de Assistência Financeira de um paciente.
 - iv. O Tufts MC tem o direito de reavaliar a qualificação para receber descontos a cada seis meses.
- c. Aprovação para Cobertura
- i. O Hospital notificará o paciente por escrito sobre as decisões de elegibilidade para os programas do Tufts MC. Referência Apêndice E — Notificações de Determinação de Qualificação para o Programa do Tufts Medical Center.
 - ii. O Hospital tem o direito de rejeitar requerimentos se a devida documentação não for enviada no devido prazo.
 - iii. Os recursos da determinação de qualificação para o programa podem ser reconsiderados caso o paciente forneça nova informação ao Hospital.
- d. Limite de Renda do Paciente:
- i. Para residentes dos EUA, os FPLs de renda familiar conjunta publicados mais recentemente serão usados como o principal determinante para o recebimento do desconto descrito na Seção IV(g) e Seção IV(h).
 - ii. Residentes e não residentes dos EUA que atendam aos requisitos da Seção III(c) desta política, mas não atendam ao critério de qualificação do FPL podem ter direito de receber o Desconto para Paciente Sem Plano de Saúde e Com Plano de Saúde Insuficiente descrito na Seção IV(i) abaixo.
 - iii. Todos os pacientes que atendam aos requisitos da Seção III(c) desta política podem se qualificar para um Desconto por Dificuldade Médica do Tufts MC detalhado na Seção IV(h) abaixo.
- e. Serviços Qualificados:
- i. Esta política está limitada em geral aos serviços médicos necessários fornecidos e cobrados pelo Tufts MC, inclusive:
 1. Serviços de Emergência;
 2. Serviços de Urgência, e
 3. Serviços de Não Emergência, de Não Urgência.
- f. Exclusões:
- i. O Tufts MC não oferece assistência financeira para Serviços Não Necessários do Ponto de Vista Médico pois tais serviços são determinados pelo médico responsável. Exemplos de serviços que não se qualificam para assistência financeira do Hospital incluem, dentre outros: serviços não médicos (por ex., social, educacional ou vocacional, cirurgia plástica, pesquisa ou outros). A determinação de quais serviços são considerados qualificados para fins desta política é de responsabilidade exclusiva do Hospital.
 - ii. O Tufts MC normalmente não oferece descontos para pacientes por serviços de Não Emergência, Não Urgência quando a necessidade do serviço tenha sido prevista pelo paciente e a procedência do paciente esteja fora da área de serviço do Tufts MC, quando tal serviço seja oferecido na área de serviço do paciente.
 - iii. Copagamentos, franquias e cosseguros do paciente estão excluídos da cobertura prevista nesta política.

- g. Desconto para Paciente de Baixa Renda do Tufts MC:
- i. Para residentes dos EUA, os FPLs de renda familiar conjunta publicados mais recentemente serão usados como o principal determinante. Os descontos baseados exclusivamente na renda geralmente estão limitados aos pacientes com nível de renda familiar abaixo de 301% do FPL.
 - ii. Os pacientes que atendem a esse limite receberão um desconto igual ou maior que a taxa do Valor Geralmente Cobrado (Amount Generally Billed - AGB) detalhado na Seção IV(j) abaixo.
 - iii. O Tufts MC é responsável pela determinação do desconto.
 - iv. Consulte o Apêndice C e Apêndice D para mais detalhes.
- h. Desconto por Dificuldade Médica do Tufts MC:
- i. Os pacientes que não atendam aos limites do FPL necessários para se qualificarem para o desconto de Paciente de Baixa Renda do Tufts MC ainda podem se qualificar para um desconto caso demonstrem que suas despesas médicas ultrapassam 20% da renda da família. As despesas devem ter ocorrido nos últimos 12 meses e limitam-se às despesas que poderiam potencialmente se qualificar como despesa médica de acordo com as diretrizes da Receita Federal dos EUA.
 - ii. O Tufts MC é responsável por determinar o desconto.
 - iii. Consulte o Apêndice C e Apêndice D para mais detalhes.
- i. Política de Desconto para Pacientes Sem Plano de Saúde ou com Plano de Saúde Insuficiente do Tufts MC:
- i. O Tufts MC oferece um desconto para pacientes de todos os níveis de renda, independentemente da residência, que se qualifiquem como “Pacientes Sem Plano de Saúde e Pacientes com Plano de Saúde Insuficiente” relacionados na Seção III(b) acima, cumpram as responsabilidades da Seção III(c) acima, e que preencham um Requerimento para Assistência Financeira do Tufts MC.
 - ii. Todos os Pacientes Sem Plano de Saúde e Pacientes com Plano de Saúde Insuficiente que cumpram as condições desta política qualificam-se para um desconto de até 20% sobre os Serviços Qualificados se o pagamento for recebido, ou se um plano de pagamento for acordado dentro de 30 dias da cobrança inicial.
 1. Para os serviços de Não Emergência, Não Urgência, o pagamento total deve ter sido efetuado ou um plano de pagamento deve ter sido acordado, antes da prestação do serviço. Caso as despesas reais ultrapassem a estimativa, o paciente deve pagar qualquer valor adicional devido dentro de 30 dias da cobrança inicial.
 - a. Se a cobrança adicional não for paga dentro do prazo, todo o acordo de desconto pode ser revertido e o paciente receberá a cobrança de todas as despesas
 2. Para os serviços de Emergência ou de Urgência, o pagamento deve ser efetuado ou um plano de pagamento deve ser acordado dentro de 30 dias da cobrança inicial.
 - iii. Durante a decisão de concessão de um desconto de acordo com esta política, o Tufts MC pode levar em consideração se o paciente tem algum saldo devedor.
- j. Base para o Cálculo dos Valores Cobrados dos Pacientes:
- i. Após a determinação da qualificação do paciente para os programas de desconto estabelecidos na Seção IV(g) ou Seção IV(h) acima, não será cobrado do paciente mais pelos Serviços Qualificados do que o Valor Geralmente Cobrado (“AGB”) pelo Hospital.
 - ii. O Tufts MC determina o AGB dividindo os pagamentos totais pelo total da cobrança de todos os planos comerciais e fee-for-service (FFS) do Medicare do valor agregado do exercício fiscal anterior para determinar o Pagamento do Fator da Conta (PAF) do exercício fiscal anterior. Isso geralmente é realizado em Agosto quando os dados mais precisos do plano de saúde estão disponíveis. O desconto mínimo para Paciente de Baixa Renda do Tufts MC é o valor inverso ao PAF do exercício fiscal anterior, ou seja, o AGB.
 - iii. Por exemplo, cálculo de internação:
 1. Pagamento Total dos planos comerciais e Medicare FFS: \$ 550
 2. Cobrança Total dos planos comerciais e Medicare FFS: \$ 1,000
 3. PAF: 55%
 4. Desconto AGB para Paciente de Baixa Renda do Tufts MC: 45%
 - iv. Desconto Mínimo para Paciente de Baixa Renda do Tufts MC, que é o AGB, passa a vigorar em 01/10/2017, de 42% para serviços de internação e de 69% para pacientes ambulatoriais. Estes valores são determinados pelas cobranças pagas pelos planos comerciais e Medicare FFS do período de 01/06/2016 a 31/05/2017. Plano de Pagamento

5. PLANO DE PAGAMENTO

Planos de pagamento sem juros dos Serviços Qualificados serão oferecidos para todos os pacientes que atendam ao critério estabelecido na Seção III(c) acima, mediante solicitação. A aceitação final de um plano de pagamento está sujeita à completa revisão do status e do histórico de pagamento do paciente. O Tufts MC irá processar e monitorar todos os planos de pagamento do paciente. O paciente deve cumprir integralmente o plano se um plano de pagamento for acordado. Caso o paciente deixe de efetuar dois pagamentos consecutivos, o plano de pagamento é terminado e o Hospital pode considerar a conta como Incobrável (Bad Debt) de acordo com os procedimentos e proteções estabelecidas na Política de Crédito e Cobrança do Hospital (disponível no www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance). Após notificar o paciente sobre a mudança das circunstâncias financeiras, o Hospital pode reavaliar a obrigação de pagamento devido pelo paciente.

- a. Os pacientes que sejam Pacientes de Baixa Renda ou que sejam qualificados para Dificuldade Médica do programa HSN não são obrigados a atender o critério estabelecido na Seção III(c) antes que o Hospital ofereça um plano de pagamento. Para pacientes de Baixa Renda ou com Dificuldade Médica HSN com saldo de \$ 1,000 ou menos, o plano de pagamento deve ser sem juros de pelo menos um ano, com um pagamento mínimo de no máximo \$ 25 por mês. Para pacientes de Baixa Renda ou com Dificuldade Médica HSN com saldo de \$ 1,000 ou mais, o plano de pagamento deve ser sem juros de pelo menos dois anos.

6. FALTA DE PAGAMENTO

O Hospital tem uma política separada de Crédito e Cobrança que aborda as medidas que o Hospital pode tomar no caso da falta de pagamento, inclusive uma lista dos pacientes que estejam protegidos de ações de cobranças sob a lei do estado. Antes de iniciar qualquer ação de cobrança extraordinária mediante tal política, o Hospital fará todo o possível para qualificar o paciente para a assistência financeira prevista nesta política, por meio de notificação ao paciente por escrito sobre os programas de assistência disponíveis e auxiliar o paciente com o preenchimento de um requerimento para Assistência Financeira do Tufts MC. A política separada do Hospital de Crédito e Cobrança está disponível para o público no website do Hospital no www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance.

7. PUBLICAÇÃO E DISSEMINAÇÃO DO FAP

- a. O Departamento de Coordenação Financeira do Tufts MC, que oferece aconselhamento e assistência financeira, pode ser acessado:
 - i. On-line no www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance;
 - ii. Pelo telefone 617-636-6013; ou
 - iii. Pessoalmente, nos seguintes locais do Tufts Medical Center:
 1. Biewend Building, 1st Floor, 260 Tremont Street, Boston, MA 02111
 2. Proger Building, 1st Floor, 800 Washington Street, Boston, MA 02111
 3. Floating Plaza, 1st Floor, 755 Washington Street, Boston, MA 02111
 4. Emergency Department, 1st Floor, 800 Washington Street, Boston, MA 02111
- b. Postagem na Internet
 - i. Além da disponibilidade na Coordenação Financeira do Tufts MC, a política, formulários de requerimento e resumo com linguagem simples da Assistência Financeira do Tufts MC estão disponíveis no: www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance
 1. Esse website também pode ser acessado na página inicial do Tufts MC (www.tuftsmedicalcenter.org) com a seleção de *Cuidado do Paciente + Serviços* (Patient Care + Services), e *Assistência Financeira* (Financial Assistance)
 2. O website oferece várias formas para o paciente solicitar assistência do Hospital, inclusive uma lista de locais de Coordenação Financeira, um número de telefone central e um endereço de e-mail central. O website informa ao paciente que os formulários de requerimento e a assistência da Coordenação Financeira são gratuitos.
- c. O Hospital anuncia amplamente a disponibilidade da assistência financeira prevista nesta política da seguinte maneira:
 - i. Placa grande visível (8" x 14") colocada em todas as portas de entrada e outras áreas de tráfego intenso, inclusive no Departamento de Emergência, Coordenação Financeira e Serviço ao Cliente;
 - ii. Folhetos em linguagem simplificada que anunciam a disponibilidade das opções de assistência financeira do Tufts MC estão disponíveis nas áreas do Departamento de Emergência e de internação.

- iii. Um resumo com linguagem simplificada do FAP é disponibilizado para o paciente durante o processo de internação e alta do Hospital.
- iv. Cópias da política, requerimento e resumo em linguagem simplificada do FAP do Hospital são disponibilizadas para os pacientes que solicitarem uma cópia pessoalmente ou pelo correio, e para qualquer paciente que tenha alguma pergunta específica.
- v. Todo o material, inclusive a política, formulário de requerimento e resumo em linguagem simplificada está disponível em inglês, chinês, espanhol, vietnamita, português e russo.
- vi. A equipe do programa comunitário do Hospital conhece o FAP e é instruída para informar e notificar a comunidade sobre a disponibilidade da assistência financeira do Tufts MC.

8. OUTRAS DISPOSIÇÕES:

- a. Dívidas Incobráveis do Medicare:
 - i. Esta política também pode ser usada para verificar o grau de indigência de um paciente com o objetivo de qualificar o saldo devedor resultante do cosseguro ou de uma franquia dos serviços cobertos pelo Medicare quando for o caso de Dívida Incobrável do Medicare. O fator determinante será a declaração de renda atual mostrando os bens declarados. Para se qualificar, o paciente deve ter uma renda inferior a 201% do FPL e bens de menos de \$ 10.000 para o primeiro membro da família, com um adicional de \$ 3.000 permitido para cada membro adicional da família. Na determinação dos bens, nunca estão incluídos a residência principal e o automóvel principal. O preenchimento de um Requerimento para Assistência Financeira do Tufts MC Financial é a prova de que o paciente não tem condições de usar os bens para pagar o seu saldo devedor.
- b. Avaliação Caso a Caso:
 - i. O paciente deve mencionar sua situação financeira para a Coordenação Financeira ou para os Serviços Financeiros do Paciente. O Tufts MC pode oferecer descontos além das disposições desta política caso a caso, reconhecendo casos únicos de dificuldade financeira.
 - ii. Os descontos existentes que ultrapassem esta política podem ser honrados com a aprovação do CFO do Hospital.

APÊNDICE A

LOCAIS DO TUFTS MEDICAL CENTER - ENTIDADES PARTICIPANTES.

Esta política se aplica aos serviços fornecidos e cobrados pelo Tufts MC nos seguintes locais:

1. Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
2. Floating Hospital for Children no Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
3. South Boston Day Hospital
58 Old Colony Avenue, Boston, MA 02111
4. Tufts Medical Center Mobile MRI no Lemuel Shattuck Hospital
170 Morton Street, Jamaica Plain, MA 02130
5. Tufts Medical Center Imaging – Norfolk
31 Pine Street, Norfolk, MA 02056
6. Tufts Medical Center Cancer Center
41 Montvale Avenue, 3rd and 5th Floors
Stoneham, MA 02180

APÊNDICE B

LISTA DE PROVEDORES AFILIADOS DO TUFTS MEDICAL CENTER - ENTIDADES NÃO PARTICIPANTES

Esta política exclui os serviços fornecidos e cobrados pelas seguintes entidades associadas com o Tufts MC:

1. Organizações Médicas do Tufts Medical Center, inclusive:

1. Pratt Medical Group, Inc. (Cardiology, Endocrine, Gastroenterology, Hematology/Oncology, Infectious Disease, Internal Medicine, Nephrology, Nutrition, Pulmonary, Rheumatology)
2. Pratt Orthopaedic Associates, Inc.
3. New England Medical Center Group Practice, Inc. (DBA Neurosurgery)
4. Pratt Anesthesiology Associates, Inc.
5. Pratt Medical & Surgical Dermatology Associates, Inc.
6. Pratt Otolaryngology Head & Neck Surgery Associates, Inc. (Ear, Nose, and Throat)
7. Pratt Neurology Associates, Inc.
8. Pratt OB GYN Associates, Inc.
9. Pratt Ophthalmology Associates, Inc. (DBA New England Eye Center)
10. Pratt Pathology Associates, Inc.
11. Pratt Pediatric Associates, Inc.
12. Pratt Psychiatric Associates, Inc.
13. Pratt Radiology Associates, Inc.
14. Pratt Radiation Oncology Associates, Inc.
15. Pratt Rehabilitation Medicine Associates, Inc.
16. Pratt Surgical Associates, Inc.
17. Pratt Urology Associates, Inc.

2. Tufts Medical Center EP, LLC — Tufts MC Emergency Department Physicians localizado a 800 Washington Street, Boston, MA 02111

3. Tufts University School of Dental Medicine

4. Orthopedic and Sports Physical Therapy, Boston – Physical Therapy localizado a Biewend 7, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

5. Cirurgiões Plásticos Externos

- a. Richard Bartlett, MD
- b. Rita Sadowski, MD

6. Private Practice Internal Medicine a localizado a Biewend 1, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

- a. Maria Gorbovitsky, MD
- b. Yun Lam, MD

7. CardioVascular Center at Tufts Medical Center, Inc.

Todas as organizações médicas associadas ao Tufts MC, inclusive aquelas mencionadas acima são incentivadas, mas não são obrigadas, a seguir esta política.

APÊNDICE C

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO TUFTS MEDICAL CENTER: VALORES DE DESCONTOS

Tamanho da Família	100% FPL	Até 150% FPL	Até 300% FPL	Acima de 301% FPL
1	\$12,144	\$18,216	\$36,420	\$36,421
2	\$16,464	\$24,696	\$49,380	\$49,381
3	\$20,784	\$31,176	\$62,340	\$62,341
4	\$25,104	\$37,656	\$75,300	\$75,301
5	\$29,424	\$44,136	\$88,260	\$88,261
6	\$33,744	\$50,616	\$101,220	\$101,221
7	\$38,064	\$57,096	\$114,180	\$114,181
8	\$42,384	\$63,576	\$127,140	\$127,141
Cada pessoa >8	\$4,320	\$6,480	\$12,960	\$12,961
Desconto para Internação		100%	42%	20%
Desconto para Atendimento em Ambulatório		100%	69%	20%
Pagamento Esperado de Paciente Internado		0%	58%	80%
Pagamento Esperado de Paciente Ambulatorial		0%	31%	80%

FPL significa Nível de Pobreza Federal (Federal Poverty Level), publicado em janeiro de 2018, de acordo com a definição do Registro Federal.

Requerimento para Assistência Financeira



O Tufts Medical Center orgulha-se de proporcionar o melhor atendimento a todos os pacientes. O Tufts MC oferece assistência financeira por meio de sua Política de Assistência Financeira aos pacientes que não dispõem de meios para pagar pelo atendimento de emergência e médico necessário. A Assistência financeira do Tufts MC não visa cobrir o atendimento que não seja necessário do ponto de vista médico. Tampouco se destina a dar descontos para copagamentos de seguro, cosseguros ou franquias.

Os pacientes que dispõem de recursos financeiros devem pagar pelos serviços fornecidos pelo Tufts MC. Entretanto, você pode se qualificar para receber assistência financeira. Aconselhamos os pacientes a se candidatar a todos os programas de assistência do governo, tais como MassHealth, ConnectorCare ou Health Safety Net, antes de se candidatar ao Programa de Assistência do Tufts MC. **Deixar de se candidatar a um programa de assistência do governo ao qual você poderia se qualificar pode causar atrasos ou que seu requerimento seja negado.** Se precisar de ajuda para se candidatar para os programas de assistência do governo, um dos nossos Coordenadores Financeiros do Tufts MC pode ajudar você.

Sua qualificação para os programas de assistência financeira depende de você preencher total e corretamente este Requerimento de Assistência Financeira.

■ INSTRUÇÕES

Preencha todo o Requerimento de Assistência Financeira e inclua cópias dos seguintes documentos de todos os candidatos. Se não entregar os documentos necessários no prazo de 30 dias o requerimento será negado. Anexe cópias de todos os documentos apresentados, pois eles não serão devolvidos.

- Preencha todas as seções do requerimento que se aplicam, e não deixe de **assinar a declaração na página 4**
- Inclua uma cópia da sua **carteira de motorista, outro documento de identidade com foto ou documentos que comprovem seu endereço atual**. O seu nome deve constar em todos os documentos enviados.
- Inclua uma cópia do(s) seu(s) **cartão(ões) de seguro**
- Inclua algum tipo de **comprovação da sua renda**:
 - Inclua uma cópia do(s) seu(s) **W-2 mais recente(s)**
 - Se houve uma mudança **recente na sua renda**, inclua documentos como contracheques recentes (4, no mínimo), atestados de desemprego, extratos bancários/de investimento e/ou declarações do seguro social
- Se o paciente **faleceu**, forneça uma cópia da certidão de óbito e uma carta informando a situação do espólio

Se tiver perguntas, entre em contato com o Departamento de Coordenação Financeira do Tufts MC em:

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance
617-636-6013

ou compareça pessoalmente, nos seguintes locais do Tufts Medical Center:

- Biewend Building, 1st Floor
260 Tremont Street
Boston, MA 02111
- Proger Building, 1st Floor
800 Washington Street
Boston, MA 02111
- Emergency Dept., 1st Floor
800 Washington Street
Boston, MA 02111
- Floating Hospital for Children, 1st Floor
755 Washington Street
Boston, MA 02111

Envie seu requerimento preenchido para:

Tufts Medical Center
Financial Coordination
800 Washington Street, Box 475
Boston, MA 02111

APÊNDICE D: REQUERIMENTO PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO TUFTS MEDICAL CENTER

PÁGINA 2

1 PACIENTE/CANDIDATO

Preencha esta seção com informações sobre o paciente e/ou candidato.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA: inclua documentos que comprovem sua condição de residente: carteira de motorista, outro documento de identidade com foto ou documentos que comprovem seu endereço atual. O seu nome deve constar em todos os documentos enviados.

Candidato quer dizer o paciente ou a pessoa responsável financeiramente pelo paciente:

Data de hoje _____

Nome do paciente _____

Data de nascimento do paciente / /

No. do Seguro Social do paciente / /

No. do Prontuário do paciente _____

Nome do candidato _____

Telefone do candidato _____

Endereço do candidato _____

Formato da Data de Nascimento:
MM/DD/AAAA

SUA FAMÍLIA

Forneça o nome, data de nascimento e relação com o paciente de todas as pessoas que moram na sua casa.

Pessoa 1 _____

Data de nascimento / /

Relação com o paciente _____

Pessoa 2 _____

Data de nascimento / /

Relação com o paciente _____

Pessoa 3 _____

Data de nascimento / /

Relação com o paciente _____

Pessoa 4 _____

Data de nascimento / /

Relação com o paciente _____

Pessoa 5 _____

Data de nascimento / /

Relação com o paciente _____

Sim Não Você é cidadão dos Estados Unidos?

Sim Não Se NÃO, você é residente permanente residindo legalmente nos EUA*?

*Se o paciente for residente permanente, forneça uma cópia da documentação oficial.

2 INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO

Preencha esta seção com informações sobre o seguro do paciente.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA: se for o caso, inclua uma cópia do(s) cartão(ões) de seguro, avisos do Medicaid, aviso sobre serviços não cobertos e documentação dos limites da rede. O seu nome deve constar em todos os documentos enviados.

- Sim Não Você se candidatou ao Medicaid nos últimos 6 meses?
- Sim Não Existe uma candidatura pendente ou aprovada no Medicaid em seu nome?
- Sim Não Sua candidatura ao Medicaid foi negada?
- Sim Não Você tem seguro de saúde?
- Sim Não O seu plano cobre serviços prestados pelo Tufts Medical Center?
- Sim Não Existe algum serviço específico que sua seguradora não cobre?

Se Sim, favor explicar _____

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO PRIMÁRIO

Nome da seguradora _____
Endereço da seguradora _____
No. da apólice/identificação _____
No. do grupo _____
Titular _____
Data de nascimento do titular LL / LL / LLLL
Relação com o titular _____
Empregador do titular _____
Data de adesão LL / LL / LLLL

INFORMAÇÕES SOBRE O SEGURO SECUNDÁRIO

Nome da seguradora _____
Endereço da seguradora _____
No. da apólice/identificação _____
No. do grupo _____
Titular _____
Data de nascimento do titular LL / LL / LLLL
Relação com o titular _____
Empregador do titular _____
Data de adesão LL / LL / LLLL

APÊNDICE D: REQUERIMENTO PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO TUFTS MEDICAL CENTER

3 RENDA BRUTA MENSAL E BENS

Preencha esta seção sobre a renda e os bens do paciente e de cada pessoa que trabalha e mora na casa mencionada na Seção 1. Informe a renda bruta, que significa os rendimentos antes do imposto e deduções.

A Seção 3 não precisa ser preenchida se o paciente e os membros de sua família não tiverem renda ou bens.

DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA: inclua a documentação que comprove essa renda: contracheques, declarações de renda, formulário W2, extratos bancários, declarações de investimentos ou outra comprovação.

RENDA FAMILIAR

	PACIENTE	PESSOA 1	PESSOA 2	PESSOA 3	PESSOA 4	(SOMENTE PARA USO DA UNIDADE)
Ordenado/salário/gorjetas						
Seguro desemprego						
Seguro Social						
Pensão alimentícia para filhos + pensão alimentícia (cônjuge)						
Renda como autônomo						
Juros/dividendos recebidos						
Aposentadoria						
IRA/ações/títulos						
Renda com aluguel						
Pagamentos de fundo de investimento						
Seguro de acidente no trabalho						
Benefícios de veterano de guerra						

SEM DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA

Se você **não tem renda** e é sustentado financeiramente por outra pessoa, peça que essa pessoa preencha e assine a declaração abaixo.

Nome do paciente _____

não tem nenhuma renda no momento. Eu sou responsável pelo seu sustento, fornecendo comida, casa e roupas necessárias. Também forneço um auxílio financeiro no valor de

\$ _____ em média, por mês.

Assinatura da pessoa que sustenta _____

Data LL/LL/LLLL

BENS DA FAMÍLIA — CONTAS CORRENTES E DE POUPANÇA

TIPO DE CONTA	BANCO/INSTITUIÇÃO	SALDO

Tipo de conta: corrente ou de poupança.

Seção 3, continua na página 5

APÊNDICE D: REQUERIMENTO PARA ASSISTÊNCIA FINANCEIRA DO TUFTS MEDICAL CENTER

QUE NÃO SEJA OS BENS CONTÁBEIS DA FAMÍLIA

TIPO DE CONTA	BANCO/INSTITUIÇÃO	SALDO
Ações/títulos		
Certificado de Depósito		
Títulos de dívida pública não negociáveis (US Savings Bonds)		
Conta de poupança de saúde (HSA)		
Certificados de poupança		
Christmas ou Vacation Clubs (programas de poupança dos EUA)		
Outros		

4 DIFICULDADE MÉDICA

Esta seção pode não se aplicar ao seu caso. Preencha a seção se você tem uma quantidade significativa de contas médicas a pagar. Faça uma lista das despesas médicas do Tufts Medical Center e outros provedores. A documentação poderá ser solicitada, mas não precisa ser apresentada neste momento.

DESPESAS MÉDICAS	VALOR TOTAL	COM QUE FREQUÊNCIA OCORRE ESSE CUSTO?	(SOMENTE PARA USO DA UNIDADE)
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	
		<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Mensal <input type="checkbox"/> Anual	

DECLARAÇÃO – TODOS OS CANDIDATOS DEVEM ASSINAR

Declaro sob juramento que todas as informações fornecidas neste documento são verdadeiras, corretas e completas, pelo que eu saiba, tenha conhecimento e acredite. Concordo em informar ao Tufts Medical Center, no prazo de uma semana, se houver mudanças na renda, recursos financeiros ou outras informações mencionadas neste documento que possam afetar minha qualificação para receber assistência financeira do Tufts Medical Center. Entendo que minhas informações de crédito e outras financeiras podem ser conferidas para confirmar minha declaração e qualificação para o programa. Entendo que tenho 30 dias para apresentar os documentos de comprovação corretos e necessários para que eu me qualifique a receber descontos.

As declarações falsas feitas pelo paciente visando obter assistência financeira serão encaminhadas para a Procuradoria Geral do Estado de Massachusetts. Os pacientes que falsificam o requerimento do Programa perderão o direito de se candidatar ao Programa e serão responsáveis pelo pagamento de todos os custos incorridos durante o processo de inscrição no Programa, de forma retroativa ao primeiro dia em que os custos do Programa foram contraídos.

Todos os candidatos devem assinar a declaração para que ela possa ser considerada.

Assinatura do candidato _____

Data LL/LL/LLLL

APÊNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Approval Letter—Partial Discount]

Month Day, Year

Name
address
city, state, zipcode

Número de cuenta del paciente:

Estimado:

Le agradecemos su solicitud de ayuda para el pago de sus facturas a través del Programa de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center (el “Programa”). Revisamos su solicitud y sus documentos de respaldo y determinamos que, en base a sus ingresos, usted es elegible para obtener servicios por cargos reducidos en conformidad con el Programa.

Determinamos que sus ingresos son _____ para el tamaño de su familia de _____, por lo que usted califica para pagar únicamente _____ de los cargos usuales. Las facturas de _____ en concepto de los servicios recibidos por _____ el ___/___/___ se reducirán a _____. Nos comunicaremos con usted para ayudarlo a hacer los arreglos para pagar el saldo pendiente de la factura y le enviaremos una factura detallada cuando lo solicite. Tome nota que el descuento que otorga este Programa no aplica para ninguna cantidad de copago, coaseguro ni deducible, las cuales seguirán siendo su responsabilidad.

Esta autorización estará vigente durante un período de seis (6) meses. Si no está de acuerdo con esta decisión y cree que usted califica para que se le haga una reducción adicional a sus cargos, comuníquese con el Coordinador financiero mencionado a continuación.

Atentamente,

Name

Title, Telephone

APÊNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Approval Letter—100% Discount]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Número de cuenta del paciente:

Estimado:

Le agradecemos su solicitud de ayuda para el pago de sus facturas a través del Programa de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center (el "Programa"). Revisamos su solicitud y sus documentos de respaldo y determinamos que, en base a sus ingresos, usted es elegible para obtener servicios sin costo en conformidad con el Programa. Por lo tanto, procederemos a anular las facturas de _____ en concepto de los servicios recibidos por _____ el __/__/____. Ya no recibirá de nuestra parte ninguna factura adicional por estos servicios.

Esta autorización estará vigente durante un período de seis (6) meses. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Coordinador financiero mencionado a continuación.

Atentamente,

Name

Title, Telephone

APÊNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmc.org

[Redetermination Letter—Partial Discount to 100% Discount]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Número de cuenta del paciente:

Estimado:

Escribimos para darle seguimiento a nuestra determinación original de fecha __/__/__, que indicaba que usted sólo era elegible para cargos reducidos en conformidad con el Programa de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center (el "Programa"). Según su solicitud, hemos reconsiderado nuestra decisión original sobre su solicitud y determinamos que, en base a sus ingresos, usted es elegible para obtener servicios sin costo en conformidad con el Programa. Por lo tanto, procederemos a anular las facturas de _____ en concepto de los servicios recibidos por _____ el __/__/__. Ya no recibirá de nuestra parte ninguna factura adicional por estos servicios. Esta autorización estará vigente durante un período de seis (6) meses. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el coordinador financiero mencionado a continuación.

Atentamente,

Name

Title, Telephone

APÊNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmc.org

[Redetermination Letter—Not Previously Eligible to 100% Discount]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Número de cuenta del paciente:

Estimado:

Escribimos para darle seguimiento a nuestra determinación original que indicaba que usted no era elegible para asistencia financiera en conformidad con el Programa de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center (el "Programa"). Según su solicitud, hemos reconsiderado nuestra decisión original sobre su solicitud y determinamos que, en base a sus ingresos, usted es elegible para obtener servicios sin costo en conformidad con el Programa. Por lo tanto, procederemos a anular las facturas de _____ en concepto de los servicios recibidos por _____ el __/__/____. Ya no recibirá de nuestra parte ninguna factura adicional por estos servicios. Esta autorización estará vigente durante un período de seis (6) meses. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el coordinador financiero mencionado a continuación.

Atentamente,

Name

Title, Telephone

APÊNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Redetermination Letter—Not Eligible to Partial Discount]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Número de cuenta del paciente:

Estimado:

Escribimos para darle seguimiento a nuestra determinación original que indicaba que usted no era elegible para asistencia financiera en conformidad con el Programa de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center (el “Programa”). Según su solicitud, hemos reconsiderado nuestra decisión original y determinamos que, en base a sus ingresos, usted es elegible para obtener servicios por cargos reducidos en conformidad con el Programa.

Determinamos que sus ingresos son _____ para el tamaño de su familia de _____, por lo que usted califica para pagar únicamente _____ de los cargos usuales. Las facturas de _____ en concepto de los servicios recibidos por _____ el __/__/__ se reducirán a _____. Nos comunicaremos con usted para ayudarlo a hacer los arreglos para pagar el saldo pendiente de la factura y le enviaremos una factura detallada cuando lo solicite. Tome nota que el descuento que otorga este Programa no aplica para ninguna cantidad de copago, coaseguro ni deducible, las cuales seguirán siendo su responsabilidad.

Esta autorización estará vigente durante un período de seis (6) meses. Si no está de acuerdo con esta decisión y cree que usted califica para que se le haga una reducción adicional a sus cargos, comuníquese con el Coordinador financiero mencionado a continuación.

Atentamente,

Name

Title, Telephone

APÊNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmc.org

[Redetermination Letter—Original Decision Stands—Partial]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Número de cuenta del paciente:

Estimado:

Escribimos para darle seguimiento a nuestra determinación original de fecha __/__/__, que indicaba que usted solo era elegible para cargos reducidos en conformidad con el Programa de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center (el “Programa”). Según su solicitud, hemos reconsiderado nuestra decisión original sobre su solicitud y determinamos que, en base a sus ingresos, usted continua siendo elegible solo para un descuento parcial en conformidad con el Programa.

Como se indicó en nuestra carta de determinación original, las facturas de _____ en concepto de los servicios recibidos por _____ el __/__/__ se reducirán a _____. Nos comunicaremos con usted para ayudarlo a hacer los arreglos para pagar el saldo pendiente de la factura y le enviaremos una factura detallada cuando lo solicite. Tome nota que el descuento que otorga este Programa no aplica para ninguna cantidad de copago, coaseguro ni deducible, las cuales seguirán siendo su responsabilidad.

Esta autorización estará vigente durante un período de seis (6) meses. Si sigue en desacuerdo con esta decisión, comuníquese con el Coordinador financiero mencionado a continuación.

Atentamente,

Name

Title, Telephone

APÊNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Redetermination Letter—Original Decision Stands Not Eligible]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Número de cuenta del paciente:

Estimado:

Escribimos para darle seguimiento a nuestra determinación original de fecha __/__/____ que indicaba que usted no era elegible para recibir asistencia financiera en conformidad con el Programa de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center (el "Programa"). Según su solicitud, hemos reconsiderado nuestra decisión original sobre su solicitud y determinamos que, en base a sus ingresos, usted es elegible para obtener asistencia en conformidad con el Programa.

Si sigue en desacuerdo con esta decisión o desea hablar acerca de los arreglos de pago, comuníquese con el Coordinador financiero mencionado a continuación.

Atentamente,

Name

Title, Telephone

APÊNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Denial Letter—General]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Número de cuenta del paciente:

Estimado:

Le agradecemos su solicitud de ayuda para el pago de sus facturas a través del Programa de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center (el "Programa"). Revisamos su solicitud y sus documentos de respaldo y determinamos que, en base a sus ingresos, usted no es elegible para obtener servicios con descuento en conformidad con el Programa.

Determinamos que sus ingresos de _____ para el tamaño de su familia de _____ son mayores que el límite de _____.

Si está en desacuerdo con esta decisión o hay un cambio reciente en las circunstancias, nos complace reconsiderar su solicitud en vista de cualquier información nueva que tiene que ofrecer. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el coordinador financiero mencionado a continuación.

Atentamente,

Name

Title, Telephone

APÊNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Denial Letter—Incomplete Application]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Número de cuenta del paciente:

Estimado:

Gracias por su solicitud de asistencia con sus facturas a través del Programa de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center que usted presentó el __/__/__. A la fecha, no hemos recibido los documentos de respaldo necesarios para tramitar su solicitud, y, por lo tanto, denegamos su solicitud de asistencia.

Cuando haya recopilado los documentos de respaldo, lo instamos a que presente una nueva solicitud de asistencia financiera para nuestra consideración. Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el coordinador financiero mencionado a continuación.

Atentamente,

Name

Title, Telephone

APÊNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICAÇÃO DE QUALIFICAÇÃO

*The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine*



800 Washington Street
Boston, Massachusetts 02111
T 617 636-5000
tuftsmedicalcenter.org

[Denial Letter—Services Not Eligible]

Month Day, Year

name
address
city, state, zipcode

Número de cuenta del paciente:

Estimado:

Gracias por su solicitud de asistencia con sus facturas a través del Programa de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center (El "Programa") que usted presentó el __/__/__. Lamentamos informarle que los servicios recibidos el __/__/__ no se consideran médicamente necesarios y, como tales, no son elegibles para asistencia financiera en conformidad con el Programa. Agradeceremos envíe su pago lo más pronto posible para evitar acciones adicionales de recolección.

Si está en desacuerdo con esta decisión o tiene alguna pregunta, comuníquese con el Coordinador financiero mencionado a continuación.

Atentamente,

Name

Title, Telephone