
Política

de Asistencia

Financiera (FAP)

財務補助政策

Política de Assistência Financeira

Правила предоставления финансовой помощи

Financial Assistance Policy

Chính sách Hỗ trợ Tài chính

1. PROPÓSITO

Tufts Medical Center, que en esta política se denominará comúnmente como “Tufts MC” o el “Hospital”, tiene el compromiso de ofrecer a la comunidad servicios de atención médica de calidad. El Hospital ofrece servicios médicamente necesarios para todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Al prestar sus servicios, el Hospital no debe discriminar según la raza, color, país de origen, ciudadanía, condición de extranjero, religión, credo, identidad de género, orientación sexual, edad o discapacidad. Con el fin de ofrecer servicios de alta calidad y apoyar las necesidades de su comunidad, Tufts MC deberá mantener una base financiera viable que incluya el cobro oportuno de las cuentas por cobrar.

Tufts MC reconoce que algunos pacientes tienen medios limitados y podrían no tener acceso a cobertura de seguro para todos los servicios. Esta política se ha desarrollado para informar a los pacientes sin seguro o subsegurados y con recursos financieros limitados sobre los diferentes programas de asistencia financiera del Hospital que podrían estar a su disposición.

Se espera que los pacientes que poseen los medios paguen para obtener los servicios que presta Tufts MC. Esta política supone que los pacientes que tienen acceso a seguros económicos presenten una solicitud para cobertura y la mantengan. Los programas de asistencia financiera de Tufts TC están diseñados principalmente para servir a los pacientes que no poseen un seguro médico, ya sea de una fuente pública (p. ej., Medicare o Medicaid) o privada (p. ej., Blue Cross Blue Shield, Harvard Pilgrim, etc.) y que tengan necesidades financieras insatisfechas. Si se cumple con los criterios de solicitud, podría haber descuentos en Tufts MC disponibles para pacientes con necesidades financieras comprobadas, ya sea debido a que sus ingresos son limitados o debido a que sus facturas médicas constituyen una gran parte de sus ingresos.

2. DEFINICIONES

Servicios de emergencia: servicios médicamente necesarios que se prestan después de que se presenta un estado médico, ya sea físico o mental, el cual se manifiesta por síntomas de suficiente gravedad, que incluyen dolor grave, a tal grado que la ausencia de atención médica oportuna podría tener como consecuencia razonable, según el conocimiento promedio de salud y medicina de una persona prudente, que se ponga en peligro grave la salud de la persona o de otra persona, grave deterioro de las funciones corporales o mal funcionamiento de cualquier órgano o parte del cuerpo o una mujer embarazada, según se define en 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B). Califican como servicios de emergencia las pruebas de detección médica y cualquier tratamiento de estabilización para un estado médico de emergencia, incluido, entre otros, la atención médica como paciente hospitalizado o cualquier otro servicio prestado hasta el grado que establece la Ley de Parto y Tratamiento Médico de Emergencia (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) (42 U.S.C. § 1395(dd)).

Servicios de urgencia: servicios médicamente necesarios que se prestan después de la aparición repentina de una afección médica, ya sea física o mental, que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (que incluyen dolor grave) que una persona prudente podría creer que la ausencia de atención médica en un plazo de 24 horas podría tener como consecuencia razonable que se ponga en peligro la salud del paciente, un grave deterioro de las funciones corporales o mal funcionamiento de cualquier órgano o parte del cuerpo. Los servicios de urgencia se prestan para afecciones que no amenazan la vida y no representan un alto riesgo de daño grave a la salud de la persona.

Servicios médicamente necesarios que no son de emergencia, ni de urgencia: servicios que no cumplen con la definición de servicios de emergencia o de urgencia, pero que son médicamente necesarios. Normalmente, aunque no siempre, el paciente programa estos servicios con anticipación.

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

3. DISPOSICIONES GENERALES

a. Entidades participantes

Esta política aplica a los servicios prestados y facturados por el Hospital en las ubicaciones establecidas en el Apéndice A Ubicaciones de Tufts Medical Center, entidades participantes. Esta política no aplica a los servicios prestados y facturados por las entidades establecidas en el Apéndice B, Lista de afiliados de proveedores de Tufts Medical Center, entidades no participantes, incluso en el caso en que dichos servicios podrían prestarse en las ubicaciones del Hospital establecidas en el Apéndice A.

- b. Los pacientes sin seguro y los pacientes subasegurados de Tufts MC se definen como:
 1. Pacientes sin seguro médico (“sin seguro”)
 2. Pacientes cuyo único “seguro” es la Red de Seguridad de Salud (HSN) de Massachusetts.
 3. Pacientes con saldos que se originaron por haber “agotado” los beneficios de su plan de seguro, o
 4. Pacientes con saldos que se originaron por servicios “no cubiertos” cuando el seguro determinó que el paciente era completamente responsable de los cargos relacionados con los servicios no cubiertos. Esto incluye servicios cuya cobertura fue denegada por el asegurador debido a las limitaciones de la red del asegurador.
- c. Responsabilidades del paciente:
 - i. El paciente tiene muchas responsabilidades que cumplir para calificar para recibir asistencia de parte del Hospital de acuerdo a esta política; esto incluye:
 1. Obligación de obtener y mantener cobertura de seguro, si hay cobertura económica disponible para ellos;
 2. Obligación de presentar una solicitud en algún programa de seguros patrocinado por el gobierno para el cual podrían calificar;
 3. Obligación de presentar, de manera oportuna, toda la documentación requerida de ingresos, bienes, identificación y residencia, que sea necesaria para inscribirse en cobertura estatal o para completar la solicitud de Asistencia Financiera de Tufts MC;
 4. Obligación de mantener informado al Hospital sobre la información demográfica y de seguro vigente, y
 5. Obligación de pagar todos los saldos pendientes de acuerdo a los plazos acordados.
 - d. Procedimiento de Coordinación Financiera de Tufts MC:
 - i. Coordinación Financiera (FC) revisa de manera proactiva a los pacientes sin seguro y a los pacientes subasegurados que tienen programado un servicio. Los departamentos de Tufts MC también refieren a los pacientes a FC.
 - ii. Coordinación Financiera (FC) evalúa la elegibilidad de los pacientes para recibir cobertura de seguro público o privado.
 1. Tufts MC evalúa la elegibilidad de los pacientes para los programas estatales y federales. Con el fin de que sean elegibles para recibir un descuento según las disposiciones de esta política, es posible que los pacientes deban presentar solicitudes en diferentes programas estatales y federales, incluidos, entre otros, MassHealth y Medicare.
 2. Si un paciente cumple con las directrices de elegibilidad pública, Coordinación Financiera (FC) le informará sobre el proceso de solicitud y ayudará al paciente con la solicitud, siempre que sea posible.
 3. Si el paciente no cumple con las directrices de elegibilidad pública (p. ej., de acuerdo al Nivel Federal de Pobreza (“FPL”), estado in migratorio, etc.) se le denegará su participación en cualquier programa público disponible, o si el programa público no cubre completamente los costos del paciente, FC le informará sobre opciones de cobertura privada y evaluará la elegibilidad del paciente para el Programa de Asistencia Financiera de Tufts MC (Sección IV siguiente).

4. PROGRAMAS DE DESCUENTO PARA PACIENTES DE TUFTS MC

- a. Tufts MC ofrece los siguientes programas de descuento para pacientes:
 1. Descuento para pacientes con bajos ingresos, si califican según los niveles FPL del Tufts MC (Sección IV(g))
 2. Descuento médico para pacientes en situaciones médicas difíciles, si califican según los niveles de Tufts MC (Sección IV(h))
 3. Descuento para pacientes sin seguro y para pacientes subasegurados (Sección IV(i))

Los descuentos en estos programas se otorgan para todos los saldos que son responsabilidad de los pacientes y que cumplen con las directrices determinadas por Tufts MC en el Apéndice C Montos de descuento de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center; esto no incluye copagos, deducibles ni coaseguros de los pacientes. Si el paciente califica para participar en varios programas de descuento, se le asignará el programa con el mayor descuento.

Los descuentos no se basan en ninguna relación que el paciente o algún familiar pueda tener con cualquier empleado del Hospital o miembro del ente regente. Los descuentos no se ampliarán por ninguna consideración de “cortesía profesional” hacia un profesional médico o su familia. No se ofrecerán descuentos a pacientes que induzcan al paciente a recibir servicios o a relacionarse de alguna manera con la generación de negocios pagaderos por un programa federal de atención médica ni se harán reembolsos monetarios por artículos o servicios que preste el Hospital o cualquier otra entidad de Tufts MC (esto incluye descuentos en la tienda de regalos, en la cafetería, etc.).

- b. Proceso de solicitud y análisis:
- i. Los pacientes deben enviar una solicitud de Asistencia Financiera de Tufts Medical Center (Apéndice D) junto con los documentos de respaldo necesarios para que se le tome en cuenta para recibir asistencia. Los documentos necesarios podrían incluir, entre otros, constancia de: (1) ingresos anuales del grupo familiar (recibos de la nómina, registro de pagos del Seguro Social y una carta del empleador, declaraciones de impuestos o estados de cuenta bancarios), (2) ciudadanía e identificación, (3) estatus migratorio (si aplica), (4) bienes de las personas de 65 años de edad o mayores, e (5) información del seguro, que incluye la cobertura de beneficios y las limitaciones de la red. Todos los documentos de respaldo deben presentarse en un plazo de 30 días después de la presentación inicial de la solicitud, para que el Hospital pueda considerarla.
 - ii. Se pueden presentar al Hospital solicitudes confidenciales para menores y personas víctimas de abuso. Dichas personas deberán comunicarse con Coordinación Financiera.
 - iii. Tufts MC no toma en cuenta las determinaciones de elegibilidad anteriores de asistencia financiera de Tufts MC cuando toma una decisión sobre la solicitud de Asistencia Financiera del paciente.
 - iv. Tufts MC se reserva el derecho de volver a comprobar cada seis meses la elegibilidad para recibir descuentos.
- c. Aprobación para recibir cobertura
- i. El Hospital les notificará a los pacientes, por escrito, sobre las determinaciones de elegibilidad para el programa de Tufts MC. Consulte el Apéndice E—Notificaciones de la determinación de elegibilidad del programa de Tufts Medical Center.
 - ii. El Hospital se reserva el derecho de denegar una solicitud si no se recibe a tiempo la documentación de respaldo.
 - iii. Se puede reconsiderar una apelación a una determinación de elegibilidad para el programa si el solicitante le proporciona al Hospital información nueva.
- d. Límites de ingresos del paciente:
- i. Para los residentes de los Estados Unidos, se utilizarán como determinante principal para los descuentos descritos en la Sección IV(g) y la Sección IV(h) los FPL publicados más recientemente para los ingresos totales de la familia.
 - ii. Los residentes de los Estados Unidos y los residentes de otros países que cumplan con los requisitos de la Sección III(c) de esta política, pero que no cumplan con los criterios de calificación de FPL pueden tener derecho a un descuento para pacientes sin seguro y pacientes subasegurados, según se describe en la Sección IV(i) siguiente.
 - iii. Todos los pacientes que cumplan con los requisitos de la Sección III(c) de esta política podrían calificar para recibir un descuento para pacientes de Tufts MC en situaciones médicas difíciles, tal como se describe en la Sección IV(h) siguiente.
- e. Servicios elegibles:
- i. Esta política se limita por lo general, a los servicios médicamente necesarios que presta y factura Tufts MC, incluyendo:
 1. Servicios de emergencia;
 2. Servicios de urgencia, y
 3. Servicios que no son emergencia, ni de urgencia.
- f. No se incluyen:
- i. Tufts MC no ofrece asistencia financiera para servicios que no sean médicamente necesarios, ya que dichos servicios los determina el profesional médico tratante. Algunos ejemplos de los servicios que no son elegibles para recibir asistencia financiera del Hospital incluyen, entre otros: los servicios no médicos (p. ej., sociales, educativos, vocacionales, cirugía cosmética, investigación y otros). Solo el Hospital tiene la facultad de decidir qué servicios se consideran elegibles para los fines de esta política.
 - ii. Por lo general, Tufts MC no ofrece descuentos a pacientes por servicios que no sean de emergencia o de urgencia si la necesidad de la atención fue anticipada por el paciente y el paciente viene de un lugar fuera del área de servicio de Tufts MC con el fin de recibir atención cuando los servicios también se prestan dentro del área de servicio del paciente.
 - iii. Según esta política, no se incluyen en la cobertura los copagos, los deducibles y coaseguros del paciente.

- g. Descuentos de Tufts MC para pacientes con bajos ingresos:
 - i. Para los residentes de los Estados Unidos, se utilizarán como determinante principal los FPL publicados más recientemente para los ingresos totales de la familia. Los descuentos que dependen únicamente de los ingresos se limitan, generalmente, a los pacientes con niveles de ingresos familiares inferiores al 301 % del FPL.
 - ii. Se les ofrecerá a los pacientes que cumplen con estos niveles un descuento igual o mayor que el Monto Generalmente Facturado (AGB), tal como se describe en la Sección IV(j) de este documento.
 - iii. La determinación de este descuento es responsabilidad de Tufts MC.
 - iv. Consulte el Apéndice C y el Apéndice D para obtener información adicional.
- h. Descuento médico de Tufts MC para pacientes en situaciones médicas difíciles:
 - i. Los pacientes que no cumplan con los requisitos de nivel de FPL necesarios para calificar para el descuento para pacientes con bajos ingresos de Tufts MC aún pueden calificar para recibir un descuento si pueden demostrar que sus gastos médicos exceden el 20 % de sus ingresos familiares. Se debe haber incurrido en los gastos durante los 12 meses anteriores y los gastos se limitan a aquellos que puedan probablemente calificar como gasto médico de acuerdo a los reglamentos del Servicio de Rentas Internas.
 - ii. La determinación de este descuento es responsabilidad de Tufts MC.
 - iii. Consulte el Apéndice C y el Apéndice D para obtener información adicional.
- i. Política de descuento de Tufts MC para pacientes sin seguro y para pacientes subasegurados:
 - i. Tufts MC ofrecerá un descuento a los pacientes de cualquier nivel de ingresos, independientemente de su residencia, si cumplen con la calificación de “Pacientes sin seguro y pacientes subasegurados”, tal como se describe en la Sección III(b), si cumple con las responsabilidades del paciente que se describen en la Sección III(c) y si llenan una solicitud de Asistencia Financiera de Tufts MC.
 - ii. Todos los pacientes sin seguro y los pacientes subasegurados que cumplan con las condiciones de esta política son elegibles para recibir un descuento hasta de 20 % en Servicios elegibles si se recibe un pago, o se acuerda un plan de pagos, no más de 30 días después de la fecha de la factura inicial.
 - 1. Para los servicios que no son de emergencia ni de urgencia, los pagos se deben hacer en su totalidad o se debe acordar un plan de pagos antes de que se preste el servicio. Si los cargos reales exceden los calculados, el paciente deberá pagar cualquier monto adicional que se adeude en un plazo máximo de 30 días después de la facturación inicial.
 - a. Si no se pagan puntualmente los cargos adicionales, todo el acuerdo para el descuento se puede revertir y se le facturarán al paciente los costos completos.
 - 2. Para los servicios que no son de emergencia ni de urgencia, los pagos se deben hacer o se debe acordar un plan de pagos en un plazo máximo de 30 días después de la facturación inicial.
 - iii. Al evaluar la adjudicación de un descuento según lo establecido en esta política, Tufts MC podría tomar en cuenta si el paciente está al día con todos los saldos pendientes.
- j. Base para el cálculo de los montos que se les cobran a los pacientes:
 - i. Después de la determinación de elegibilidad de un paciente para recibir descuento de acuerdo a lo establecido en la Sección IV(g) o en la Sección IV(h) del presente documento, no se le cobrará más al paciente por los Servicios elegibles que el Monto Generalmente Facturado (“AGB”) por el Hospital.
 - ii. Para determinar el Factor de Pago a la Cuenta (PAF) para el año fiscal anterior, Tufts MC determina AGB al dividir primero los pagos totales entre los cargos totales de todos los planes comerciales y Medicare en concepto de pago por servicios (FFS) del acumulado del año fiscal anterior. Esto se hace generalmente en agosto, cuando los planes de salud ponen a disposición los datos más exactos. El descuento mínimo para pacientes con bajos ingresos de Tufts MC es igual al inverso del PAF del año fiscal anterior, que es el AGB.
 - iii. Por ejemplo, cálculo para paciente hospitalizado:
 - 1. Pagos totales de los planes comerciales y Medicare FFS: \$550
 - 2. Cargos totales para los planes comerciales y Medicare FFS: \$1,000
 - 3. PAF: 55 %
 - 4. Descuentos AGB de Tufts MC para pacientes con bajos ingresos: 45 %
 - iv. El descuento mínimo para pacientes con bajos ingresos del Tufts MC, que es el AGB (monto generalmente facturado), tiene vigencia a partir del 10/1/2017, con el 42 % para servicios de internación y 69 % para servicios ambulatorios. Estos porcentajes se determinaron a partir de los reclamos pagados de los planes comerciales y FFS (cargo por servicio) de Medicare para el período del 6/1/2016 al 5/31/2017.

5. PLAN DE PAGOS

Se ofrecerán planes de pago sin interés para Servicios elegibles a todos los pacientes que cumplen con los criterios establecidos en la Sección III(c), a solicitud. La aceptación final de un plan de pagos está sujeta a una revisión completa del estado y del historial de pago del paciente. Tufts MC dará trámite y supervisará todos los planes de pago del paciente. Se espera que el paciente cumpla totalmente con el plan que se haya acordado. Si un paciente no cumple con realizar dos pagos consecutivos, el plan de pago se cancelará y el Hospital podría colocar la cuenta como Incobrable de acuerdo a los procedimientos y protecciones establecidos en la Política de Crédito y Cobro del Hospital (disponible en www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance). Si se recibe una notificación de cambio de las circunstancias financieras del paciente, el Hospital podría reevaluar la obligación de pagos pendientes del paciente.

- a. Los pacientes clasificados como pacientes con bajos ingresos o elegibles para calificar como pacientes en situaciones médicas difíciles según el programa de Red de Seguridad de la Salud de Massachusetts, no tienen que cumplir con los criterios establecidos en la Sección III(c) antes de que el Hospital le ofrezca un plan de pagos. Para pacientes con bajos ingresos HSN o pacientes en situaciones médicas difíciles que tienen un saldo de \$1,000 o menos, dicho plan de pagos debe ser por lo menos de un año, sin intereses, con un pago mínimo no superior a \$25 al mes. Para pacientes con bajos ingresos HSN o pacientes en situaciones médicas difíciles que tienen un saldo de \$1,000 o más, dicho plan de pagos debe ser por lo menos de dos años, sin intereses.

6. INCUMPLIMIENTO DE PAGO:

El Hospital tiene una política independiente de Créditos y Cobros que incluye las medidas que podría tomar el Hospital en caso de incumplimiento de pago e incluye una lista de pacientes que podrían estar protegidos de cualquier medida de cobro por la ley estatal. Antes de que el hospital decida tomar medidas extraordinarias de cobro según lo establecido en esta política, el Hospital hará los esfuerzos razonables para que el paciente califique para recibir asistencia financiera de acuerdo a esta política notificándole al paciente, por escrito, acerca de los programas de asistencia disponibles y ayudando a las personas a que llenen la solicitud de Asistencia Financiera de Tufts MC. La política independiente de Créditos y Cobros del Hospital está disponible para los miembros del público en el sitio web del Hospital en www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance.

7. PUBLICACIÓN Y DIVULGACIÓN DEL FAP

- a. Puede comunicarse con el Departamento de Coordinación Financiera de Tufts MC el cual ofrece asesoramiento financiero y asistencia financiera en:
 - i. En línea, en www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance;
 - ii. Por teléfono, al 617-636-6013; o
 - iii. En persona, en las siguientes ubicaciones de 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. Publicaciones de Internet
 - i. Además de estar disponible a través de Coordinación Financiera de Tufts MC, la política de asistencia financiera de Tufts MC, los formularios de solicitud y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles en: www.tuftsmedicalcenter.org/financialassistance
 1. Este sitio web también se puede acceder desde la página de inicio de Tufts MC (www.tuftsmedicalcenter.org) al seleccionar *Atención de pacientes + Servicios (Patient Care + Services)*, y luego seleccionar *Asistencia Financiera (Financial Assistance)*
 2. El sitio web incluye varias formas para que el paciente le presente al Hospital su solicitud de asistencia, que incluye una lista de ubicaciones de Coordinación Financiera, un número de teléfono central y una dirección de correo electrónico central. El sitio web les informa a los pacientes que los formularios de solicitud y la asistencia de Coordinación Financiera son gratis.
- c. El Hospital publica ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera de acuerdo a esta política, de la forma siguiente:
 - i. Señalización grande y visible (8" X 14") colocada en todas las puertas de entrada y otras áreas de mucho tráfico, incluido el Departamento de Emergencias, Coordinación Financiera y Servicio al Cliente;
 - ii. Hay folletos en lenguaje sencillo que publicitan las opciones de asistencia financiera de Tufts MC en el Departamento de Emergencias y en las áreas de admisión.

- iii. El resumen de FAP en lenguaje sencillo está disponible para los pacientes como parte del proceso de admisión y alta del Hospital.
- iv. Las copias de la política FAP del Hospital, las solicitudes, el resumen en lenguaje sencillo están disponibles para los pacientes que soliciten una copia, en persona o por correo, y para todos los pacientes que tengan preguntas específicas.
- v. Los materiales, que incluyen la política, el formulario de solicitud y el resumen en lenguaje sencillo están disponibles en inglés, chino, español, vietnamita, portugués continental y ruso.
- vi. El personal del programa comunitario del Hospital está capacitado en FAP y tiene instrucciones de informar y notificar a sus participantes comunitarios sobre la disponibilidad de asistencia financiera en Tufts MC.

8. OTRAS DISPOSICIONES:

- a. Cuenta incobrable de Medicare:
 - i. Esta política también podría usarse para verificar la indigencia de un paciente para fines de calificar los saldos resultantes del coaseguro o del deducible de los servicios cubiertos por Medicare cuando aplica la cuenta incobrable de Medicare. Los determinantes serán los ingresos actuales del paciente de sus niveles de bienes informados. Para calificar, el paciente debe tener ingresos menores al 201 % del FPL y bienes menores a \$10,000 para el primer miembro de la familia con \$3,000 adicionales permitidos para cada miembro adicional de la familia. Las determinaciones de los bienes nunca incluirán la residencia principal o el automóvil principal. La solicitud de asistencia financiera de Tufts MC por el paciente será constancia de que el paciente no puede usar los bienes para pagar los saldos pendientes de pago.
- b. Evaluación según el caso:
 - i. Se recomienda a los pacientes que informen a Coordinación Financiera o a Servicios Financieros de los Pacientes cuál es el estado de sus situaciones financieras en particular. Tufts MC podría ampliar los descuentos más allá de las disposiciones de esta política según el caso para reconocer los casos particulares de situaciones difíciles.
 - ii. Siempre que el Director Financiero (CFO) del Hospital así lo autorice se aplicarán los descuentos existentes que no abarca esta política.

APÉNDICE A

UBICACIONES DE TUFTS MEDICAL CENTER, ENTIDADES PARTICIPANTES

Esta política aplica a los servicios prestados y facturados por Tufts MC en las siguientes ubicaciones:

1. Tufts Medical Center
800 Washington Street, Boston, MA 02111
2. Floating Hospital for Children at 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 at 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

APÉNDICE B

LISTA DE AFILIADOS DE PROVEEDORES DE TUFTS MEDICAL CENTER, ENTIDADES NO PARTICIPANTES

Esta política no incluye los servicios que prestan y facturan las siguientes entidades asociadas con Tufts MC:

1. Organizaciones de médicos de Tufts Medical Center, que incluyen:

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, ubicado en 800 Washington Street, Boston, MA 02111

3. Tufts University School of Dental Medicine

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

5. Cirujanos plásticos externos

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

6. Private Practice Internal Medicine, ubicado en Biewend 1, 260 Tremont Street, Boston, MA 02116

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

7. CardioVascular Center a Tufts Medical Center, Inc.

Se recomienda, pero no se exige que todas las organizaciones médicas asociadas a Tufts MC, incluyendo las establecidas anteriormente, cumplan con lo establecido en esta política.

APÉNDICE C

PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE TUFTS MEDICAL CENTER: MONTOS DE DESCUENTO

Tamaño de la familia	100 % FPL	Hasta 150 % FPL	Hasta 300 % FPL	Superior al 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 persona >8	\$4,320	\$6,480	\$12,960	\$12,961
Descuento para paciente hospitalizado	100%	42%	20%	
Descuento para paciente ambulatorio	100%	69%	20%	
Pago esperado de paciente hospitalizado	0 %	58 %	80 %	
Pago esperado de paciente ambulatorio	0 %	31 %	80 %	

FPL hace referencia al nivel federal de pobreza, publicado en enero de 2018, según lo definido por el Registro Federal.

Solicitud de Asistencia Financiera



Tufts Medical Center se enorgullece de ofrecer la mejor atención a cada paciente. Tufts MC ofrece asistencia financiera a través de su Política de asistencia financiera a los pacientes que no son capaces de pagar la atención de emergencia y médicamente necesaria. La asistencia financiera de Tufts MC no está destinada a cubrir la atención que no sea médicamente necesaria. Tampoco está destinada a brindar descuentos en los copagos, coaseguro ni deducibles del seguro.

Se espera que los pacientes que poseen los medios paguen los servicios que reciben en Tufts MC. Sin embargo, usted tiene a su disponibilidad la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Se recomienda mucho a los pacientes que soliciten cualquier programa de asistencia del gobierno que esté disponible, como MassHealth, ConnectorCare o Health Safety Net antes de solicitar el Programa de Asistencia Financiera de Tufts MC. **Si no solicita un programa de asistencia del Gobierno para el cual podría calificar podría ocasionar una demora o la denegación de su solicitud.** Si necesita ayuda para solicitar los programas de asistencia del Gobierno, uno de nuestros coordinadores financieros de Tufts MC puede ayudarle.

Su calificación para el programa de asistencia financiera depende de que llene de manera completa y exacta esta Solicitud de Asistencia Financiera.

■ INSTRUCCIONES

Llene completamente la Solicitud de Asistencia Financiera e incluya copias de los siguientes documentos para todos los solicitantes. No enviar todos los documentos en un plazo de 30 días ocasionará la denegación de la solicitud. Adjunte copias de todos los documentos que envíe, ya que desafortunadamente, no podemos devolverlos.

- Llene todas las secciones correspondientes de la solicitud y asegúrese de **firmar la declaración jurada de la página 4**
- Incluya una copia de su **licencia de conducir, otro documento de identificación con foto o documentos para comprobar su residencia actual.** Cualquier documento que nos envíe debe incluir su nombre.
- Incluya una copia de su(s) **tarjeta(s) de seguro**
- Incluya alguna forma de **verificación de ingresos:**
 - Incluya una copia de su formulario **W-2(s)** más reciente
 - Si recientemente ocurrió un **cambio en sus ingresos**, incluya documentación, tal como boletas de pago recientes (al menos 4), declaraciones de desempleo, estados de cuenta de banco/inversión, y/o declaraciones del Seguro Social
- Si el paciente ha **fallecido**, proporcione una copia del certificado de fallecimiento y una carta indicando el estado patrimonial

Si tiene alguna pregunta, comuníquese con el Departamento de Coordinación Financiera de Tufts MC en:

tuftsmedicalcenter.org/financialassistance

617-636-6013

o en persona, en las siguientes ubicaciones de 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

Envíe su solicitud llena a:

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

1 ACERCA DEL PACIENTE/SOLICITANTE

Llene esta sección acerca del paciente y/o el solicitante.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: Incluya documentación para verificar su residencia: licencia de conducir, otro documento de identificación con foto o documentos para comprobar su residencia actual. Cualquier documento que nos envíe debe incluir su nombre.

El solicitante es el paciente o la persona financieramente responsable del paciente.

Fecha de hoy _____

Nombre del paciente _____

Fecha de nacimiento del paciente LL/LL/LLLL

Número de Seguro Social del paciente LLL/LL/LLLL

Número de expediente médico del paciente _____

Nombre del solicitante _____

Teléfono del solicitante _____

Dirección del solicitante _____

Formato de Fecha de nacimiento:
MM/DD/AAAA

ACERCA DE SU GRUPO FAMILIAR

Enumere a todos los miembros del grupo familiar, su fecha de nacimiento y su relación con el solicitante.

Miembro 1 del grupo familiar

Fecha de nacimiento LL/LL/LLLL

Relación con el paciente _____

Miembro 2 del grupo familiar

Fecha de nacimiento LL/LL/LLLL

Relación con el paciente _____

Miembro 3 del grupo familiar

Fecha de nacimiento LL/LL/LLLL

Relación con el paciente _____

Miembro 4 del grupo familiar

Fecha de nacimiento LL/LL/LLLL

Relación con el paciente _____

Miembro 5 del grupo familiar

Fecha de nacimiento LL/LL/LLLL

Relación con el paciente _____

Sí No ¿Es ciudadano de los Estados Unidos?

Sí No Si la respuesta es NO, ¿es residente permanente, reside legalmente en los Estados Unidos*?

*si el paciente es residente permanente, proporcione una copia de la documentación oficial.

2 INFORMACIÓN DEL SEGURO

Llene esta sección acerca del seguro del paciente.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: Si corresponde, incluya una copia de las tarjetas de seguro del paciente, notificaciones de Medicaid, notificación de los servicios no cubiertos, documentación de limitaciones de la red. Cualquier documento que nos envíe debe incluir su nombre.

- Sí No ¿Ha enviado alguna solicitud de Medicaid en los últimos 6 meses?
- Sí No ¿Tiene alguna solicitud de Medicaid pendiente o aprobada?
- Sí No ¿Le han denegado una solicitud de Medicaid?
- Sí No ¿Tiene seguro médico?
- Sí No ¿Cubre su plan los servicios de Tufts Medical Center?
- Sí No ¿Hay algún servicio específico que no esté cubierto por su compañía de seguros?

Si la respuesta es sí, describa _____

INFORMACIÓN DEL SEGURO PRIMARIO

Nombre del seguro _____
Dirección del seguro _____
Política/N.º de identificación _____
N.º de grupo _____
Suscriptor _____
Fecha de nacimiento del suscriptor LL/LL/LLLLL
Relación con el suscriptor _____
Empleador del suscriptor _____
Fecha de vigencia LL/LL/LLLLL

INFORMACIÓN DEL SEGURO SECUNDARIO

Nombre del seguro _____
Dirección del seguro _____
Política/N.º de identificación _____
N.º de grupo _____
Suscriptor _____
Fecha de nacimiento del suscriptor LL/LL/LLLLL
Relación con el suscriptor _____
Empleador del suscriptor _____
Fecha de vigencia LL/LL/LLLLL

3 INGRESOS BRUTOS MENSUALES Y ACTIVOS

Llene esta sección acerca de los ingresos ganados y activos del paciente y cada miembro del grupo familiar que trabaje enumerado en la Sección 1. Indique los ingresos brutos, que son los ingresos antes de los impuestos y deducciones.

La Sección 3 se puede dejar en blanco si el paciente y los miembros de su grupo familiar no tienen ingresos devengados o activos.

DOCUMENTACIÓN REQUERIDA: Incluya documentos para verificar estos ingresos: boleos de pago, impuestos sobre la renta, declaración W2, estado de cuenta de banco, declaración de corretaje y otra constancia.

INGRESOS DEL GRUPO FAMILIAR

	PACIENTE	MIEMBRO 1 DEL GRUPO FAMILIAR	MIEMBRO 2 DEL GRUPO FAMILIAR	MIEMBRO 3 DEL GRUPO FAMILIAR	MIEMBRO 4 DEL GRUPO FAMILIAR	(SOLO PARA USO DEL CENTRO)
Sueldos/Salario/Propinas						
Compensación por desempleo						
Seguro Social						
Manutención de menores + Pensión alimenticia						
Ingresos como empleado independiente						
Ingresos por intereses/dividendos						
Pensión						
IRA/Acciones/Bonos						
Ingresos por alquiler						
Pagos de fideicomiso						
Compensación de los trabajadores						
Beneficios de veteranos						

FALTA DE DECLARACIÓN DE INGRESOS

Si **no tiene ingresos** y recibe apoyo financiero de otra persona, pídale que llene y firme la siguiente declaración.

Nombre del paciente _____
 actualmente no tiene ingresos. Actualmente le doy apoyo con alimentos, albergue y la ropa necesaria. También le proporciono ayuda financiera por un monto de \$ _____ en promedio mensual.

Firma del patrocinador _____

Fecha / /

ACTIVOS DEL GRUPO FAMILIAR: CUENTAS DE CHEQUES Y DE AHORRO

Tipo de cuenta: cheques o ahorros.

TIPO DE CUENTA	BANCO/INSTITUTO	SALDO

Sección 3, continúa en la página 5

OTROS ACTIVOS CONTABLES DEL GRUPO FAMILIAR

TIPO DE CUENTA	BANCO/INSTITUTO	SALDO
Acciones/Bonos		
Certificado de depósito		
Bonos de ahorros de EE. UU.		
Cuenta de Ahorros para Gastos Médicos (HSA)		
Certificado de ahorros		
Navidad y clubes de vacaciones		
Otros		

4 DIFICULTADES ECONÓMICAS CON GASTOS MÉDICOS

Es posible que esta sección no se aplique a su caso. Llene esta sección si tiene facturas de gastos médicos significativos. Enumere los gastos de atención médica de Tufts Medical Center y otros proveedores. Podría solicitarse documentación, pero en este momento no es necesaria.

GASTOS MÉDICOS	MONTO TOTAL	¿CON QUÉ FRECUENCIA OCURRE ESTE GASTO?	(SOLO PARA USO DEL CENTRO)
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
		<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	

DECLARACIÓN JURADA: DEBEN FIRMARLA TODOS LOS SOLICITANTES

Juro (o afirmo) que toda la información indicada en este formulario es verdadera, correcta y completa a mi mejor saber y entender. Me comprometo a reportar a Tufts Medical Center en el plazo de una semana, sobre todos los cambios en mis ingresos, recursos financieros o cualquier otra información indicada en este formulario que pueda afectar mi elegibilidad para recibir asistencia financiera en Tufts Medical Center. Entiendo que mi información sobre créditos y demás información financiera puede ser consultada para verificar mi declaración y elegibilidad para el programa. Entiendo que tengo 30 días para enviar la documentación de respaldo exacta y necesaria para que me tomen en cuenta para un descuento.

Todos los solicitantes deben firmar la declaración jurada para que se pueda tomar en cuenta su solicitud.

Las declaraciones fraudulentas realizadas por el paciente con el fin de obtener asistencia financiera se remitirán a la oficina del Fiscal General de Massachusetts. Los pacientes que falsifiquen una solicitud del programa ya no podrán ser elegibles para el programa y serán responsables de pagar todos los gastos incurridos durante el tiempo que estuvieron inscrito en el programa, de manera retroactiva, desde el primer día que se incurrió en gastos en el programa.

Firma del solicitante _____

Fecha / /

APÉNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

*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

APÉNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

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

APÉNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

The principal teaching
hospital for Tufts University
School of Medicine



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

APÉNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

*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 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

APÉNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

*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

APÉNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

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

APÉNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

*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

APÉNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

*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

APÉNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

*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

APÉNDICE E: (FAP)—CARTAS DE NOTIFICACIÓN DE ELEGIBILIDAD

*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