



Política para ayuda financiera

Categoría:	Cuenta del paciente	Corregido/Revisado:
Número:	PFS 001	04/08/2015/KS
Fecha de entrega:	01/14	12/14/2015

POLÍTICA: Wilkes Regional Medical Center (WRMC, por sus siglas en inglés), proporcionará niveles adecuados de cuidado de acuerdo a los recursos de la instalación y a las necesidades de la comunidad. WRMC está comprometido en ayudar a los pacientes para obtener cobertura de varios programas, e igualmente proporciona ayuda financiera (FA, por sus siglas en inglés) a toda persona necesitada de tratamiento médico hospitalario. WRMC siempre proporcionará cuidado de emergencia médicamente necesaria independientemente de la capacidad del paciente para pagar. De la misma manera, los pacientes que pueden pagar tienen obligación de hacerlo y los proveedores tienen un deber de buscar que estas personas paguen.

OBJETIVOS:

- Modelar los valores fundamentales de WRMC, "*Cuidando de nuestra comunidad*".
- Asegurar que el paciente agote otras oportunidades adecuadas de cobertura antes de calificar para ayuda financiera de WRMC.
- Proporcionar ayuda financiera en base a la capacidad del paciente para pagar.
- Asegurar que WRMC cumpla con cualquier regulación Federal o Estatal necesaria en relación a la ayuda financiera.
- Establecer un proceso que reduzca al mínimo la carga del paciente y que sea de costo eficiente para administrar.

DEFINICIONES:

Los términos utilizados dentro de esta política deben interpretarse como sigue:

- Cantidad cobrada generalmente (AGB, por sus siglas en inglés): La cantidad o monto promedio cobrado a las compañías aseguradoras de WRMC y Medicare por servicios proporcionados a los pacientes.
- Deuda incobrable: Cuentas que ha determinado que son incobrables porque el paciente no ha podido resolver la deuda médica pendiente.
- Electivos: aquellos servicios que, en la opinión de un médico, no son necesarios o se pueden posponer de manera segura.
- Cuidado de emergencia: Cuidado inmediato que, en la opinión de un médico, es necesario para evitar poner la salud del paciente en peligro grave, deterioro grave a las funciones corporales o disfunción grave de órganos o partes del cuerpo.
- Ingreso financiero del hogar: Medidos en comparación a las Pautas Federales de Pobreza anual, incluye pero no se limita a lo siguiente:

- o Ganancias anuales en el trabajo antes de impuestos
 - o Compensación por Desempleo
 - o Compensación de Trabajadores
 - o Ingresos de Seguridad Social y Seguridad Suplemental
 - o Pagos de Veteranos
 - o Pensión o ingreso de jubilación
 - o Otros ingresos que aplican pero no están limitados a: renta, pensión alimenticia, manutención de los hijos y cualquier otra fuente miscelánea.
- Médicamente necesario: Servicios hospitalarios proporcionados a un paciente con el fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir el inicio o empeoramiento de problemas que ponen su vida en peligro, causan sufrimiento o dolor, deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultan en enfermedad o dolencia.
 - Otras opciones de cobertura: Opciones que cederían a un tercero el pago de cuenta(s) incluido pero no limitado a: Compensación de Trabajadores, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de Agencia Estatal/Federal, Ayuda a Víctimas, etc. o responsabilidad de terceros como resultado de accidentes de automóvil y/u otros.

Pautas para ayuda financiera

Escala de elegibilidad

Cuidado completo de caridad se proporcionará a pacientes sin seguro cuyo Índice Financiero del Hogar (Household Financial Income en inglés) sea 200 por ciento o menos que los Índices Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés).

Se ofrecerán descuentos a los pacientes financieramente necesitados cuyo Ingreso Financiero del Hogar sea 125 por ciento y 200 por ciento de las FPG, para limitar la obligación de pago por parte de tales pacientes a la cantidad del balance de la cuenta, después de restar el porcentaje de descuento aplicable al ingreso del hogar del paciente según se ofrece en la siguiente tabla:

Descuento	Pautas Federales de Pobreza, en el presente año, para el tamaño de la familia
100%	Ingreso de la familia es menos que o igual a 125% de FPG
75%	Ingreso de la familia es 125% a 150% de FPG
50%	Ingreso de la familia es 151% a 175% de FPG
35%	Ingreso de la familia es 176% a 200% de FPG

Requisitos para documentación

Se necesita documentación para el tamaño y los ingresos de la familia. Los documentos aceptables pueden incluir:

- Formulario IRS 1040 más reciente

- Comprobantes de cheques de pago del mes más reciente, de todas las personas que trabajan en el "hogar"
- Extractos bancarios

Si el paciente no presenta o no puede presentar la información indicada anteriormente, la instalación puede usar otra evidencia para demostrar los requisitos de elegibilidad.

Si es necesario que el paciente presente información adicional para completar la solicitud, la instalación le avisará por escrito sobre lo que falta y le concederá un período razonable de tiempo para proporcionarla.

Requisitos de elegibilidad presunta

Los pacientes que reúnen los requisitos necesarios y están recibiendo beneficios de los siguientes programas pueden ser elegibles presuntos para el 100 por ciento de ayuda financiera:

- **Cupones de alimentos.** Programa de Cupones de alimentos del Departamento de Agricultura, Alimentos y Servicio de Nutrición de los Estados Unidos.
- **Programas Estatales de Alivio.** Algunos programas estatales que no cubren necesidades médicas están disponibles para personas consideradas viviendo en estado de pobreza. WRMC puede calificar a un participante para ayuda financiera en programas específicos cuando los beneficios de seguro médico no están disponibles.
- **Programas locales.** Tras verificar que se satisfacen las pautas de pobreza algunos condados ofrecen un programa de ayuda financiera designado con el fin de proporcionar ayuda de emergencia por corto tiempo, a las personas que carecen de recursos para satisfacer sus necesidades básicas de alimentos, vivienda, combustible, servicios, ropas, cuidado médico, dental y hospitalario y entierro. El programa de Ayuda Financiera de la instalación puede proporcionar ayuda para costos de hospital no cubiertos por estos programas.
- **Carencia de vivienda.** Las personas que carecen de vivienda califican para ayuda.
- **Pacientes fallecidos.** Los saldos no pagados por pacientes que han fallecido sin posesiones o sobreviviente responsable, califican para ayuda.

Se otorga ayuda financiera sin completar la solicitud de esta ayuda a los pacientes que satisfacen el criterio de elegibilidad presunta. La documentación que apoya la calificación del paciente para participar en un programa debe obtenerse y guardarse en un archivo. A menos que se indique de otra manera, una persona elegible bajo el criterio de presunción continuará siendo elegible durante el período esbozado a continuación a no ser que el personal de la instalación, tenga razón para creer que el paciente ya no satisface el criterio de presunción.

Proceso de evaluación para elegibilidad

Con el fin de determinar el nivel apropiado de ayuda financiera para aplicar a la cuenta del paciente, la instalación ejecutará uno de los siguientes puntos:

- Utilizar un mecanismo de puntaje con la ayuda de un tercer proveedor que ofrece el perfil financiero del paciente.
- Exigir que el paciente complete una solicitud de ayuda financiera
 - o Ingreso del hogar, como se definió anteriormente, será considerado en determinar si el paciente califica para la ayuda financiera. Se incluirá el ingreso de todos los miembros del hogar como lo definen las pautas de impuestos federales.
- El documento de calificación del paciente bajo el criterio de Elegibilidad Presunta esbozado anteriormente en solicitud de Ayuda Financiera.

Período de elegibilidad

- Una persona que se presume elegible bajo este criterio permanecerá siendo elegible por seis meses a partir de la fecha de aprobación inicial, a menos que la información indique que el estado del paciente ha cambiado y se considere que el paciente no es elegible.
- Tras aprobación inicial, la instalación incluirá también las cuentas como elegibles para ayuda financiera. Si la primera declaración después de la dada de alta fue remitida 240 días o menos de la fecha de elegibilidad.
- Se les reembolsará a los pacientes cualquier cantidad pagada en exceso a la responsabilidad final que se determine ser adecuada, después de haber aplicado los ajustes de ayuda financiera.

Población elegible

Esta política aplica a los pacientes sin seguro quienes:

- Son admitidos para Cuidado Médico de Emergencia y para Cuidado Médicamente Necesario después de la admisión de emergencia sin tener en cuenta la localización de su hogar.
- Los pacientes con cobertura de seguro por parte de terceros (incluyendo pagadores gubernamentales) pueden calificar para la ayuda financiera en saldos después del seguro. Los pacientes también pueden solicitar consideración para descuentos en saldos mayores a través de la Política de Resolución por Dificultades Excepcionales (*Hardship Settlement Policy* en inglés).

Aviso de elegibilidad

Después de recibir la solicitud del paciente y cualquier información financiera u otra documentación necesaria para determinar si califica para la ayuda financiera, el paciente recibirá aviso sobre la determinación de elegibilidad dentro de un período razonable de tiempo.

Comunicación de la política de ayuda financiera

WRMC comunica la política de ayuda financiera disponible a todos los pacientes por medios que incluyen pero no están limitados a:

- Nuestro sitio en la red: www.wilkesregional.com
- Todos los estados de cuentas

- Información colocada en lugares visibles a lo largo de la instalación
- Durante entrevistas del Consejero Financiero con el paciente
- Durante interacción de Contabilidad de Servicio al Cliente con el paciente
- La dirección física para obtener una copia de la Política de Ayuda Financiera y/o la solicitud, se pueden obtener sin costo para el paciente enviando un pedido a:

Wilkes Regional Medical Center
 Financial Counseling Department
 P.O. Box 609
 1370 West D Street
 North Wilkesboro, NC 28659
 (336) 651-8100

La política de ayuda financiera y la solicitud están disponibles en inglés, español y cualquier otro idioma considerado la lengua materna de una población con aptitud limitada para el inglés que constituya más del 5% de 1.000 personas (el que sea menor) de la población servida por la instalación.

Participación de los médicos de clínica que trabajan en WRMC

Una lista de médicos de clínica que se incluye en esta Política de Ayuda Financiera y también de aquellos no incluidos, está disponible llamando a nuestro Consejero Financiero al 336-651-8100.

Responsabilidades del paciente en relación a la ayuda financiera

Si es pertinente, antes de ser considerado para ayuda financiera, el paciente/la familia debe cooperar con WRMC en suministrar información y documentación con el fin de solicitar el Programa de Ayuda Financiera como también otros recursos financieros que puedan estar disponibles para pagar por el cuidado de salud del paciente, tales como Medicaid, Medicare, responsabilidad de terceros, etc.

- Un paciente que califica para descuentos parciales debe cooperar con el proveedor para establecer un plan razonable de pago que tiene en cuenta los ingresos disponibles, la cantidad de la(s) cuenta(s) descontada(s) y cualquier pago anterior.
- Los pacientes que califican para descuentos parciales, deben hacer un esfuerzo de buena fe para honrar los planes de pago de sus cuentas de cuidado de salud. Ellos son responsables de comunicar al proveedor, cualquier cambio en su situación financiera que pueda tener impacto en la capacidad de pagar sus cuentas de cuidado de salud, ya con descuento. Deben honrar las estipulaciones de sus planes de pago.

Cantidad cobrada generalmente

La cantidad cobrada generalmente (AGB por sus siglas en inglés) se determina mediante el "método de mirar atrás" el cual se calcula de la siguiente manera:

1. La AGB para emergencia o cuidado médicamente necesario proporcionado a una persona elegible para ayuda financiera, se determina dividiendo la suma o total de los pagos hechos a Medicare y otras aseguradoras privadas para cuidado de salud y para cuidado médicamente necesario, por los cobros brutos asociados con esos reclamos. El porcentaje se calcula por lo menos anualmente dividiendo la suma de ciertos reclamos pagados por la instalación del hospital por la suma de los cobros brutos asociados con esos reclamos.

2. El porcentaje se aplica cerca del día 120 después del fin del período de 12 meses usado por WRMC para calcular el porcentaje de la AGB.

3. Información sobre la AGB está disponible y puede obtenerse sin costo adicional sometiendo un pedido a:

Wilkes Regional Medical Center
Financial Counseling Department
P.O. Box 609
1370 West D Street
North Wilkesboro, NC 28659
(336) 651-8100

Información adicional

- WRMC ha establecido una política separada de Facturación y Cobros la cual esboza las acciones que pueden tomarse para los saldos que deben los pacientes. Puede obtenerse una copia sin costo para el paciente sometiendo un pedido a:

Wilkes Regional Medical Center
Financial Counseling Department
P.O. Box 609
1370 West D Street
North Wilkesboro, NC 28659
(336) 651-8100

APROBACIONES

Coordinador de política	
Vicepresidente (o superior)	