

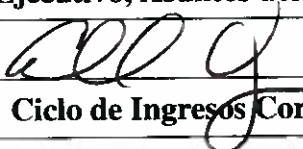
	(WMC) Política de Asistencia Financiera del Paciente 03-200-101	Tipo:	Nivel 3
		Fecha de Vigencia Original:	1º-jul-17
		Fecha Actual (Revisada):	10/10/2017
		Contacto:	CRC
		Fecha de Aprobación:	10/10/2017
Firma de Aprobación:			
Título: Director de Finanzas			
Firma de Aprobación:			
Título: Vicepresidente Ejecutivo, Asuntos del Sistema de Salud			
Firma de Aprobación:			
Título: Vicepresidente, Ciclo de Ingresos Corporativos			

Declaración de Política General:

- a) Wake Forest Baptist Medical Center (WFBMC) evalúa cuidadosamente las necesidades médicas del paciente y la situación financiera de la familia, sin tener en cuenta la raza, etnicidad, ciudadanía, religión, género, preferencia sexual, edad o tentativas de la discapacidad ser lo más generosa y responsable posible para todos los pacientes que solicitan o requieren servicios.
- b) Es política del WFBMC de:
 - i) Tener una Política de Asistencia Financiera del Paciente (FAP, siglas en inglés) que aplica a los pacientes elegibles a asistencia financiera para recibir atención de emergencia y médicamente necesaria brindada por WFBMC.
 - ii) Manejar apropiadamente las expectativas de los pacientes con respecto a la responsabilidad financiera de los servicios que no son de emergencia y garantizar que dichos pacientes hayan obtenido autorización financiera antes de recibir tales servicios.
 - iii) Retrasar y reprogramar los servicios para pacientes que no requieren atención de emergencia hasta que se haya obtenido autorización financiera.
- c) Alcance:
 - i) Esta política aplica a (1) Wake Forest University Baptist Medical Center y sus subsidiarias y filiales de su entera propiedad (cada uno, un "Afiliado"); (2) cualquier otra entidad u organización en la que Wake Forest Baptist Medical Center posee una participación accionaria directa o indirecta superior del 50%; (3) cualquier hospital o centro de atención médica en el cual Wake Forest Baptist Medical Center o un Afiliado maneja o controla las operaciones cotidianas del centro (cada uno, un "Centro de WFBMC") (colectivamente, "WFBMC"); (4) entidades sustancialmente relacionadas; y (5) proveedores no hospitalarios incluidos en el Anexo E.

- ii) Afiliados:
 - (1) North Carolina Baptist Hospital
 - (2) Lexington Medical Center
 - (3) Davie Medical Center
 - (4) Wilkes Medical Center
 - (5) Cornerstone Physicians
 - (6) Wake Forest University Baptist Medical Center Community Physicians
 - (7) Wake Forest University Health Sciences Faculty/Physicians
 - (8) Wake Forest University Health Sciences Fellows

- d) La Política de Asistencia Financiera del Paciente de WFBMC consta de los siguientes componentes:
 - i) Comité de Supervisión de Asistencia Financiera
 - ii) Proceso del Presupuesto del Programa
 - iii) Criterios de Elegibilidad
 - iv) Métodos de Solicitud de Asistencia Financiera
 - v) Bases para Calcular los Montos Facturados a los Pacientes
 - vi) Descuentos en Asistencia Financiera
 - vii) Medidas para la Publicación de Políticas para una Mayor Disponibilidad

- e) Departamento / Parte / Partes Responsables:
 - i) Dueño de la Política: CFO (siglas en inglés, *Director de Finanzas*), Asuntos de Sistemas de Salud EVP, y Vicepresidente (VP)-Ciclo de Ingresos Corporativos
 - ii) Procedimiento: Ciclo de Ingresos Corporativos, Operaciones Clínicas
 - iii) Supervisión: Ciclo de Ingresos Corporativos
 - iv) Implementación: Ciclo de Ingresos Corporativos, Operaciones Clínicas
 - v) Departamentos Afectados: Ciclo de Ingresos Corporativos, Operaciones Clínicas, Atención Médica Administrada

2) Definiciones: Para fines de esta Política, se aplican los siguientes términos y definiciones:

- a) **Porcentaje AGB:** Un porcentaje de los cargos brutos que un centro hospitalario usa por debajo de 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b)(3) para determinar el AGB para cualquier emergencia y otra atención médicamente necesaria que brinda a un individuo que es elegible al FAP.

- b) **Resumen Hospitalario en Términos Sencillos:** Una declaración por escrito que notifique a la persona que WFBMC ofrece asistencia financiera bajo la FAP para servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, y contiene la información requerida para ser incluida en dicha declaración bajo la FAP para todos los centros de WFBMC. Ver Anexo F

- c) **Montos Generalmente Facturados (AGB, siglas en inglés):** Los montos generalmente facturados para emergencias y otra atención médicamente necesaria para personas que tienen un seguro médico que cubre tal cuidado determinado de acuerdo con 26 C.F.R. §1.501(r)-5(b).

- d) **Periodo de Solicitud:** Periodo dentro del cual WBMC debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera bajo la FAP. El Periodo de Aplicación comienza en la fecha en la que se le brinda la atención y termina el día 240 después de que

WFBMC le proporciona el primer estado de cuenta después de darle de alta por su atención médica.

- e) Lista Detallada de Gastos en la Factura Principal (CDM, siglas en inglés): una lista de servicios / procedimientos, alojamiento en habitación, suministros, medicamentos, agentes biológicos, y/o radiofármacos que podrían ser facturados a un paciente registrado como paciente internado o ambulatorio en una reclamación.
- f) Atención de Caridad: Servicios brindados a un paciente que no tiene la capacidad financiera para pagar por la atención médica. La Atención de Caridad puede ser un descuento parcial o un descuento total.
- g) Servicios Electivos: Servicios brindados a un paciente cuya condición es tal, que un retraso razonable en el tratamiento para permitir que el médico ejerza opciones de programación no afectará desfavorablemente el resultado.
- h) Condición Médica de Emergencia: Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso), de tal manera que la ausencia de atención médica inmediata podría resultar razonablemente en poner la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del feto) en grave peligro, grave deterioro de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano corporal o parte de él, o con respecto a la mujer embarazada, que está teniendo contracciones por lo que no hay tiempo suficiente como para hacer una transferencia segura a otro hospital antes del parto, o que la transferencia pueda representar una amenaza para la salud o seguridad de la mujer o su hijo(a) por nacer (42 U.S.C. §1395dd).
- i) Acciones Extraordinarias de Recaudación (ECA, siglas en inglés): Acciones tomadas por un centro hospitalario contra una persona con respecto a la obtención del pago de una factura por la atención médica cubierta bajo la FAP del centro hospitalario que requiere un proceso legal o judicial, o involucre la venta de la deuda de una persona a otra parte, o reportar información adversa sobre la persona a agencias de informes crediticios del consumidor o agencias de crédito o aplazamiento, negociación o requerimiento de pago antes de brindar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago previo.
- j) La Persona Elegible para FAP: Una Persona Responsable que es elegible para recibir asistencia financiera bajo la FAP sin considerar si el individuo ha solicitado ayuda o no, por ejemplo: atención de caridad.
- k) Comité de Supervisión de Asistencia Financiera (FAOC, siglas en inglés): Comité operativo responsable de establecer, revisar, implementar y monitorear la solicitud FAP de la WFBMC.
- l) Política de Asistencia Financiera (FAP): El Programa de Asistencia Financiera de WFBMC para Responsabilidad del Paciente / Política de Pacientes que Pagan Por Cuenta Propia, que incluye los criterios de elegibilidad, la base para calcular los cargos, el método de aplicación de la política y las medidas para publicar la política.
- m) Autorización Financiera: Acuerdo confirmado para el reembolso de servicios basado en la verificación del seguro médico, obtención de una certificación previa, autorización o referencia y resolución de responsabilidad del paciente y/o inscripción a una fuente de

financiamiento, incluyendo pero no limitado a Medicaid, COBRA, un plan de Intercambio o confirmación de elegibilidad para asistencia financiera / asistencia caritativa.

- n) **Gastos Brutos:** La lista completa de precios de los servicios y suministros como aparecen en el Detalle de Gastos en la Factura Principal de WFBMC (CDM).
- o) **Garante:** una persona o entidad que acepta ser responsable de su deuda o su desempeño bajo un contrato o de la deuda o del desempeño de otra persona bajo un contrato, si el otro no paga o lo realiza.
- p) **Resumen Hospitalario en Términos Sencillos:** Una declaración por escrito que notifica a una Persona Responsable que WFBMC ofrece asistencia financiera bajo la FAP para servicios hospitalarios para pacientes internados y ambulatorios que se brindan en las instalaciones de WFBMC desde la cual el paciente recibió dichos servicios.
- q) **Ingreso Familiar:** Fuentes de ingresos, incluyendo pero no limitado a: Salarios y sueldos brutos; ingresos por trabajo autónomo, intereses y dividendos, bienes raíces, alquileres y arrendamientos, seguro social, pensión alimenticia, manutención infantil, pensión VA, ingresos de liquidación final, bonos, anualidades de impuestos, pagos por desempleo, por discapacidad y asistencia pública.
- r) **Indigencia Médica:** La condición en la cual las personas no son financieramente capaces de tener acceso a la atención médica adecuada sin privarse a sí mismos y a sus dependientes de alimentos, ropa, refugio y otros elementos esenciales de la vida.
- s) **Atención Médica Necesaria:** Servicios para un paciente cuya condición es tal que, aunque no es probable que resulte en muerte o daño irreparable, debe ser tratado con diligencia y no puede esperar a la programación normal. Generalmente, se programa al paciente para el primer espacio clínico disponible y apropiado.
- t) **Servicios No Electivos**
 - i) **Servicios que no son de emergencia:** Aquellos servicios fuera de los que son de atención de emergencia y médicamente necesarios.
 - ii) **Servicios de emergencia:** Servicios para un(a) paciente cuya condición es tal, que el retraso en el tratamiento podría resultar en la muerte o en el deterioro permanente de la salud de una persona. Típicamente, los pacientes pueden presentarse a través del Departamento de Emergencias, Departamento de Obstetricia o como una emergencia en el consultorio.
- u) **Periodo de Notificación:** Periodo durante el cual WFBMC debe notificar a la Persona Responsable acerca de su FAP, con el fin de que se haya podido hacer los esfuerzos necesarios para determinar si la Persona Responsable es elegible bajo la FAP. El Periodo de Notificación comienza en la primera fecha en que se le brindó atención médica al paciente y termina después de 120 días después de que WFBMC le proporcionó a la persona con el primer estado de cuenta después de darle de alta por su atención médica.
- v) **Política:** Como se define en la Política de Creación y Enmienda de una Política, una declaración de principios que se desarrolla con el propósito de guiar decisiones y actividades relacionadas a la gobernanza, administración o el manejo de la atención.

médica, el tratamiento, los servicios u otras actividades de WFBMC. Una política puede ayudar a garantizar el cumplimiento de las leyes y reglamentos aplicables, promover una o más de las misiones de WFBMC, contener pautas para la gobernanza y establecer parámetros dentro de los cuales se espera que opere la facultad, el personal, los estudiantes, los visitantes y otros.

- w) **Reservación del Derecho de Pedir Reembolso de los Cargos de Terceros:** En el caso de que cualquier pagador de primera o tercera persona sea responsable de cualquier porción de la factura de un Paciente Sin Seguro, WFBMC solicitará el reembolso total de todos los gastos incurridos por el paciente de los Gastos Usuales y Acostumbrados del Hospital de tales pagadores de primera o tercera parte, incluyendo situaciones gobernadas por las provisiones de N.C.G.S. Sección 135-48.37, et seq. (o las disposiciones análogas de las leyes de otros estados según corresponda) a pesar de cualquier ayuda financiera concedida conforme a esta política.
- x) **Persona Responsable:** Una persona (no corporativa u otra entidad) que incluye el paciente, el garante y cualquier otra persona legalmente responsable de pagar por los servicios médicos brindados al paciente en WFBMC.
- y) **Áreas de Servicio:** Direcciones físicas dentro de los códigos postales unidos o que intersectan uno de los diecinueve condados de Carolina del Norte que WFBMC ha definido como su área de servicio (Ver Anexo B –Códigos Postales del Área de Servicio).
- z) **Cuenta de Paciente Único:** Un informe o descripción de una sola visita o evento.
- aa) **Entidad Sustancialmente Relacionada (SRE, siglas en inglés):** un centro hospitalario tratado como una sociedad en la que WFBMC o un afiliado posee más de 35% del capital o de las ganancias, o es un socio general / miembro administrador, o en la que WFBMC tiene suficiente control sobre las operaciones del hospital.
- bb) **Paciente con Seguro Insuficiente:** Un paciente cuyo plan de seguro médico no cubrirá un servicio o procedimiento específico en ningún hospital o centro de salud médico, o si el paciente ha agotado su beneficio médico o de farmacia durante un periodo de tiempo especificado.
- cc) **Paciente Sin Seguro:** Un paciente que se presenta para servicios de salud médica sin ningún tipo de seguro médico o patrocinio (gubernamental o financiación privada).
- dd) **Gastos Usuales y Acostumbrados:** Las tarifas de los servicios cubiertos bajo esta FAP que se presentan anualmente con el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Carolina del Norte u otra agencia estatal / tercera parte aplicable. Si las tarifas no necesitan ser presentadas anualmente con alguna agencia estatal por el Hospital relevante, entonces los Gastos Usuales y Acostumbrados serán las tarifas para los Servicios Cubiertos según lo establecido por la Lista Detallada de Gastos de la Factura Principal (CDM) o la lista de precios aplicables en el momento en que se presten los Servicios Cubiertos.
- ee) **WFUBMC:** Wake Forest University Baptist Medical Center y todas las organizaciones afiliadas, incluyendo Wake Forest University Health Sciences (WFUHS), North Carolina Baptist Hospital (NCBH), todas las subsidiarias in situ, así como aquellas que se encuentran fuera del lugar gobernadas por las políticas y procedimientos de WFBMC.

3) Pautas de la Política:

a) Mecanismos de Control e Informe

i) Comité de Supervisión de Asistencia Financiera (FAOC)

- (1) Es Política del WFBMC de establecer y mantener un FAOC con el fin de establecer, revisar, implementar y monitorear la aplicación de la FAP de WFBMC.
- (2) EL FAOC se reunirá no menos de una vez al año para revisar la FAP y constará por dicho personal:
 - (a) Vicepresidente de Ciclo de Ingresos Corporativos
 - (b) Vicepresidente de Ministerios de la Fe y de la Salud
 - (c) Director de Contabilización de Efectivo y Servicio al Cliente
 - (d) Vicepresidente Asistente de Registración y Autorización Financiera
 - (e) Director de Registro Ambulatorio
 - (f) Director de Operaciones -Downtown Health Plaza
 - (g) Director de Planeación Estratégica – Evaluación de Necesidades de Salud Comunitaria
 - (h) Representante de la Comunidad del Centro de NCBH
 - (i) Representante de la Comunidad de Lexington Medical Center
 - (j) Representante de la Comunidad de Davie Medical Center

b) Criterios de Elegibilidad

- i. WFBMC proporcionará asistencia financiera bajo esta política en forma de descuentos de los Gastos Brutos a Personas Responsables que cumplen con los criterios de elegibilidad como se presenta a continuación:
 - (1) Los servicios para los cuales se aplican los descuentos deben ser para la atención de emergencia o médicamente necesaria.
 - (2) El paciente debe ser un residente válido dentro del código postal delimitado por o intersectando uno de los diecinueve condados definidos como el Área de Servicio de WFBMC.
 - (3) Si el ingreso del hogar es $\leq 400\%$ del nivel de pobreza federal, el paciente primero debe inscribirse en todos los otros programas de pagador primario para los cuales el paciente es elegible y debe asignar beneficios a WFBMC.
 - (4) La inscripción con un pagador primario no se requiere si la prima de la política asociada con la inscripción resulta en Indigencia Médica.
 - (5) Para los pacientes con una fuente de un tercer pagador, el saldo restante después de que el seguro haya pagado, calificará para un descuento si el balance resulta en Indigencia Médica.
 - (6) Si el ingreso del hogar es $> 400\%$ del nivel federal de pobreza, el paciente no es elegible para asistencia financiera bajo este FAP.
- ii. WFBMC se reserva el derecho de revocar cualquier ajuste de descuento proporcionado bajo FAP si WFBMC se entera de que la información proporcionada

durante el proceso de determinación fuera falsa o engañosa, o si WFBMC se entera más tarde de una fuente de financiamiento o de pago que estaba o se hace disponible para pagar los servicios médicos en cuestión.

4) Bases para el Cálculo de los Montos Facturados al Paciente:

a) Algunos requisitos incluyen:

- i) WFBMC cobrará a las Personas Responsables que cumplen con los criterios de elegibilidad para FAP una cantidad que no exceda los Montos Generalmente Facturados (AGB) a pacientes cubiertos por Medicare o por un seguro médico privado para atención de emergencia u otra atención que sea médicamente necesaria, y menos de los gastos brutos para cualquier otra atención médica cubierta bajo esta política.
- ii) WFBMC calcula el porcentaje de AGB anualmente bajo el método de revisión usando las reclamaciones permitidas por las aseguradoras privadas y la tarifa por servicio de Medicare durante el año inmediatamente anterior. Estas reclamaciones se multiplican por los gastos brutos asociados durante el mismo periodo de tiempo para obtener el porcentaje de AGB.
- iii) WFBMC calcula los Montos Generalmente Facturados para emergencias y otras atenciones médicamente necesarias proporcionadas a los pacientes que son elegibles para FAP al multiplicar los gastos brutos por la atención proporcionada por el porcentaje AGB.
- iv) WFBMC comenzará a aplicar el porcentaje de AGB al 120^o día después del periodo de 12 meses utilizado para calcular el porcentaje.

5) Métodos para Solicitar Asistencia Financiera:

a) Solicitud Prospectiva

- i) Es Política de WFBMC de emplear un proceso de autorización financiera previo al servicio y antes de la aprobación y prestación de todos los servicios, fuera de la Atención Médica de Emergencia o de exámenes de detección en los departamentos de emergencias de los hospitales para determinar si existe una Condición Médica de Emergencia.
- ii) Junto con el proceso de autorización financiera previo al servicio, el personal de pre-registro de WFBMC evaluará a todas las Personas Responsables que buscan servicios que no sean de emergencia para determinar la capacidad de pagar lo que es su responsabilidad por los servicios solicitados (Anexo A).

b) Solicitud Retroactiva

- i) Es Política de WFBMC de cumplir completamente con todas las obligaciones impuestas por la Ley de Trabajo Activo y Tratamiento Médico de Emergencia ("*EMTALA*", siglas en inglés) y reglamentos relacionados, incluyendo pero no limitado a la prestación de servicios, sin tener en cuenta la

capacidad de un paciente de pagar (y sin la necesidad de ninguna evaluación financiera previo al tratamiento), la prestación de un examen médico de detección a cualquier paciente que acuda al Departamento de Emergencias de WFBMC y solicite un examen o tratamiento para condiciones médicas, incluyendo trabajo de parto activo y la prestación ya sea de tratamiento estabilizador o de una transferencia apropiada para pacientes con Condiciones Médicas de Emergencia.

- ii) Sin tener en cuenta la capacidad del paciente de pagar y sin la necesidad de una evaluación o autorización financiera previa a la admisión, WFBH brindará a cualquier paciente que solicite servicios para una Condición Médica de Emergencia toda la gama de servicios médicamente necesarios para estabilizar tal condición, que son proporcionados rutinariamente por WFBMC a otros pacientes. Para los fines de este procedimiento, la definición de “Condiciones Médicas de Emergencia” será proporcionada por 42 U.S.C. §1395dd.
- iii) Los pacientes que reciben servicios con conformidad al párrafo (i) y (ii) anterior, son referidos a Asesoramiento Financiero después de la admisión para determinar la elegibilidad FAP.
- iv) En el proceso para determinar la elegibilidad FAP, el personal de WFBMC no debe tomar medidas para desalentar a las personas de buscar atención médica de emergencia o de interferir en modo alguno con la prestación de atención médica de emergencia.

c) Presunta Solicitud

- i) Es Política de WFBMC evitar la facturación y las Acciones Extraordinarias de Recaudación (ECAs) contra cualquier persona que de otra manera sería elegible para FAP.
- ii) Es Política de WFBMC de usar tecnologías de perfilado financiero y de puntaje de crédito disponibles comercialmente para evaluar de manera presuntuosa a Personas Responsables para determinar la elegibilidad para descuentos de asistencia financiera de WFBMC bajo su FAP antes de que se inicien las EACs. Los pacientes con ingresos del hogar de 200% y bajo la FPL se les concederá un descuento de asistencia financiera del 100%.
- iii) Si el presunto proceso de detección de elegibilidad para FAP proporciona indicios razonables de que la persona sería de otra manera elegible para FAP, si aquella persona hubiera solicitado para la FAP en la actualidad, WFBMC aceptará estos hallazgos y potencialmente otorgará elegibilidad FAP consistente con los Descuentos de Asistencia Financiera bajo FAP.

d) Facturación y Cobros

- i) Es Política de WFBMC de no involucrarse en ECAs en contra de una Persona Responsable antes de hacer esfuerzos razonables, como se definen bajo el reglamento federal, para determinar si la persona es elegible para FAP.

- ii) WFBMC se reserva el derecho de emplear ECAs contra personas consideradas no elegibles para FAP, después de que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad FAP.
- iii) Consulte la Política 03-002-104 de Facturación y Cobros de WFBMC para obtener una descripción completa de las políticas de facturación y cobranza para los pacientes de WFBMC. Se pueden obtener copias en la siguiente dirección web:

<http://www.wakehealth.edu/Insurance-and-Billing/Billing-Policies-and-Procedures/>

e) Descuentos en Asistencia Financiera

- i) Es Política de WFBMC no cobrar más a ninguna persona que es elegible para FAP, para atención de emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria que la del AGB.
- ii) El descuento mínimo de asistencia financiera disponible para personas elegibles para FAP, bajo este la FAP será igual que el del AGB.
- iii) El descuento máximo de asistencia financiera disponible para personas elegibles FAP, bajo este la FAP será 100% menor que cualquier cantidad de copago aplicable.
- iv) WFBMC se reserva el derecho de revocar cualquier ajuste de descuento proporcionado bajo la FAP si WFBMC se entera de que cualquier información proporcionada durante el proceso de determinación fuera falsa o engañosa, o si WFBMC se entera más tarde de una fuente de financiamiento o de pago que estuvo o se hizo disponible para pagar por los servicios médicos en cuestión.
- v) Es Política de WFBMC de usar una lista de tarifas deslizantes en relación con los límites federales de pobreza que se actualizan anualmente por la Oficina del Censo de los Estados Unidos (*U.S. Census Bureau*) después de la publicación en el Registros Federal.
 - 1) Las personas elegibles para FAP con un ingreso familiar inferior o igual a 200% del umbral del Nivel Federal de Pobreza (FPL, *siglas en inglés*) recibirán un descuento del 100% sobre los Gastos Brutos, menos un copago nominal como se presenta a continuación:
 - (i) \$100.00 por cada ingreso hospitalario.
 - (ii) \$50.00 por cada visita al departamento de emergencias, si la prueba de detección EMTALA determina que no existe una Condición Médica de Emergencia. Si el(la) evaluador(a) determina que existe una Condición Médica de Emergencia, no se evaluará ningún copago.
 - (iii) \$0.00 por cada visita de atención médica primaria o de subespecialidad.
 - 2) Las personas elegibles para FAP con Ingresos Familiares superiores del 200% pero inferior o igual al 300% del Umbral FPL recibirán un descuento del 75% frente a los Gastos Brutos.

- 3) Las personas elegibles para FAP con Ingresos Familiares superiores al 300% pero inferior o igual al 400% del Umbral FPL se les otorgará un descuento del 67% frente a los Gastos Brutos.
- 4) Si el Porcentaje AGB excede la cantidad del 67% de descuento, WFBMC aplicará el porcentaje AGB, ya que no se le cobrará a ninguna a persona elegible para FAP por atención de emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria que el del AGB. Por favor, consulte los cálculos del AGB en línea en:

<http://www.wakehealth.edu/Financial-Assistance.htm>

6) Medidas para la Publicación de Políticas para una Mayor Disponibilidad:

- a) Es política de WFBMC que los miembros del público puedan obtener una copia escrita gratuita (en inglés, español y cualquier otro idioma según lo requerido por las leyes y reglamentaciones federales) de:
 - 1) La FAP de WFBMC;
 - 2) Solicitud FAP; y
 - 3) Resumen en Términos Sencillos de la FAP:
 - (1) En Línea en:
<http://www.wakehealth.edu/Insurance-and-Billing/Financial-Assistance-Policy.htm>
 - (2) Solicitar a:
Financial Assistance
Wake Forest University Baptist Medical Center 100 Kimel Forest Drive
Winston Salem, NC 27103
 - (3) En ubicaciones públicas del hospital, incluyendo el departamento de emergencias, área de admisiones o las zonas de cajeras en:
 1. North Carolina Baptist Hospital (336) 716-0681
 2. Lexington Medical Center (336) 716-0681
 3. Davie Medical Center (336) 716-0681
 4. Wilkes Medical Center (336) 651-8011, (336) 651-8129, ó (336) 651-8062
- b) WFBMC tomará medidas para informar a los pacientes y a los visitantes, y poner a disposición del público, información sobre su política de asistencia financiera mediante:
 - 1) Notificar e informar a los pacientes acerca de la FAP durante el registro y al darle de alta, al ofrecerle una copia en papel del Resumen en Términos Sencillos de la FAP;
 - 2) Poner una nota escrita visible en el estado de cuenta;
 - 3) Colocar despliegues públicos visibles en el hospital con letreros y folletos;
 - y 4) Proporcionar por medio de hojas informativas y folletos en el departamento de emergencia y otras agencias locales públicas y organizaciones sin fines de lucro que atienden las necesidad de la población de las comunidades con bajos ingresos.

7) Evaluación / Revisión / Aplicación:

- a) **Ciclo de Revisión:** Esta política será revisada por el CFO, EVP de Asuntos del Sistema de Salud, y el VP de Ciclos de Ingresos cada tres años a partir de la fecha en vigor registrada.
- b) **Oficinas de Registros:** Después de la autorización, el Departamento Legal de WFBMC almacenará esta política en una base de datos de políticas y será la oficina de registro para esta política.

8) Políticas Relacionadas:

- a. Apropiación del Fondo de Benevolencia Bautista
- b. 03-200-102 Autorización Financiera Previa al Servicio
- c. 03-200-104 Facturación y Cobros
- d. 03-200-105 Alta Financiera del Garante
- e. 03-200-106 Política de Descuento para Pacientes No Asegurados

9) Ley o Reglamento Aplicable:

- a) Código de Impuestos Internos, Sección 501 (26 U.S.C. § 501) y sus reglamentos.

10) Documentos Adjuntos:

- a. Anexo A – Beneficio Comunitario / Solicitud de Declaración de Ingresos
- b. Anexo B - Códigos Postales del Área de Servicio
- c. Anexo C - Declaración de Residencia de Carolina del Norte
- d. Anexo D - Cálculo de Cantidades Generalmente Facturadas
- e. Anexo E - Proveedores en Instalaciones no hospitalarias cubiertos bajo FAP
- f. Anexo F – Autoridad de Aprobación

FOR INTERNAL USE ONLY

Today's Date: _____ Date Referred: _____
 Referred By: _____ Ins: _____
 CPI # and Visit #(s): _____ MRN #: _____
 Admit/Discharge Date(s): _____
 Diagnosis: _____
 Procedure: _____
 Est Charges: _____ Est Pt. Bal. _____ Est LOD: _____

Nombre de Paciente: _____ Fec.Nac.: _____
 Número de Seguro Social: _____ Condado de Residencia: _____
 Dirección Postal: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____
 Dirección Física: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ C. Postal: _____
 # Casa _____ # Trabajo _____ # Celular _____
 ¿Es el(al) paciente Ciudadano(a) de EUA? _____ Si no, ¿es el(al) paciente Residente legal? _____

Miembros de la Familia Inmediata que Viven en el Hogar: (Menores de 18 años de edad o estudiante de tiempo completo)

Parentesco: _____	Nombre: _____	Fec.Nac.: _____	NSS: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	Fec.Nac.: _____	NSS: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	Fec.Nac.: _____	NSS: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	Fec.Nac.: _____	NSS: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	Fec.Nac.: _____	NSS: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	Fec.Nac.: _____	NSS: _____

Información de Empleo para Paciente / Padre / Tutor Legal

Empleador: _____ ¿Cuánto tiempo con el empleado actual? _____
 Empleado(a): _____ Parentesco con Paciente: _____
 Salario por hora: _____ Horas Trabajadas por Semana: _____
 ¿Frecuencia de Pago: _____ Salario Mensual Bruto: _____
 Última Fecha que Trabajó: _____ Ingresos sin Trabajo: _____
 (Si está actualmente desempleado(a))

Información de Empleo para Paciente / Madre / Tutora Legal

Empleador: _____ ¿Cuánto tiempo con el empleador actual? _____
 Empleado(a): _____ Parentesco con Paciente: _____
 Salario por hora: _____ Horas Trabajadas por Semana: _____
 Frecuencia de Pago: _____ Salario Mensual Bruto: _____
 Última Fecha que Trabajó: _____ Ingresos, mientras fuera del Trabajo: _____
 (Si está actualmente desempleado(a))

Jubilación del Seguro Social / Discapacidad / Ingresos del Sobreviviente / SSI / Veterano(a) / Manutención Infantil / Work First Family

Desempleo / Fondo de Fideicomiso Accesible Actual
 Tipo: _____ Ctd. Mensual _____ Recibido por: _____ Fecha de Comienzo _____

Con mi firma abajo, certifico que la información antes mencionada es una declaración precisa y completa de mi situación financiera actual, y doy permiso para verificar esta información. WFBH se reserve el derecho a revocar un descuento previamente registrado, si se determina que hay recursos adicionales de terceros pagadores o si la información proporcionada es falsa.

Firmado por: _____ Fecha: _____

Parentesco con Paciente: _____

North Carolina**Anexo B**

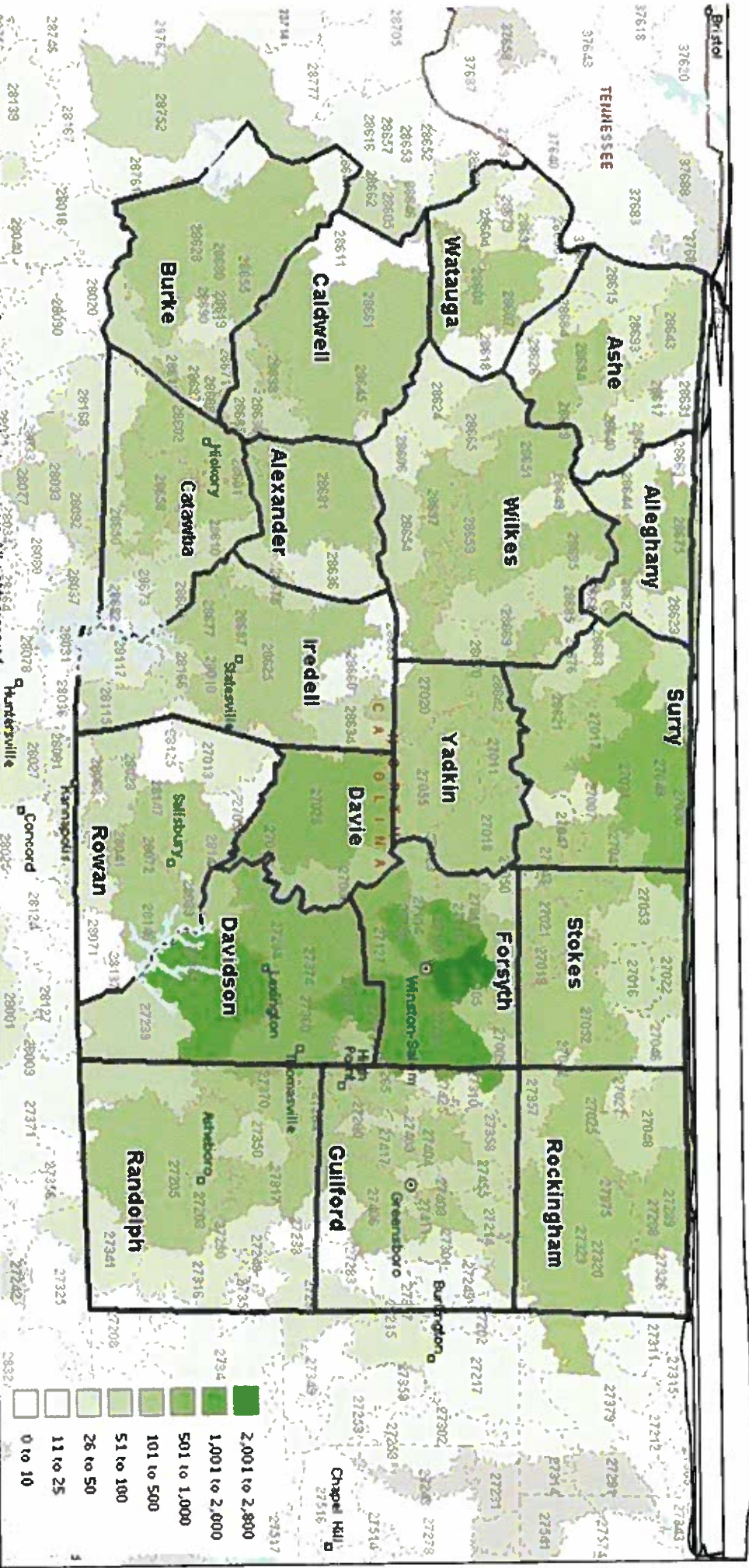
<u>Condado</u>	<u>C.Postal</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Condado</u>	<u>C.Postal</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Condado</u>	<u>C.Postal</u>	<u>Ciudad</u>
Alexander	28636	Hiddenite	Catawba	28601	Hickory	Forsyth, cont.	27104	Winston Salem
	28678	Stony Point		28602	Hickory		27105	Winston Salem
	28681	Taylorsville		28603	Hickory		27106	Winston Salem
	28663	Piney Creek		28609	Catawba		27107	Winston Salem
	28644	Laurel Springs		28610	Claremont		27108	Winston Salem
	28675	Sparta		28613	Conover		27109	Winston Salem
	28623	Ennice		28650	Maiden		27110	Winston Salem
Alleghany	28627	Glade Valley	28658	Newton	27111	Winston Salem		
	28668	Roaring Gap	28673	Sherrills Ford	27113	Winston Salem		
	28643	Lansing	28682	Terrell	27114	Winston Salem		
	28615	Creston	27239	Denton	27115	Winston Salem		
	28693	Warrensville	27292	Lexington	27116	Winston Salem		
	28684	Todd	27293	Lexington	27117	Winston Salem		
	28694	West Jefferson	27294	Lexington	27120	Winston Salem		
Ashe	28626	Fleetwood	27295	Lexington	27127	Winston Salem		
	28629	Glendale Springs	29299	Linwood	27130	Winston Salem		
	28640	Jefferson	27351	Southmont	27150	Winston Salem		
	28672	Scottville	27360	Thomasville	27152	Winston Salem		
	28617	Crumpler	27361	Thomasville	27155	Winston Salem		
	28631	Grassy Creek	27373	Wallburg	27157	Winston Salem		
	28612	Connelly Springs	27374	Welcome	27198	Winston Salem		
Burke	28619	Drexel	27006	Advance	27199	Winston Salem		
	28628	Glen Alpine	27014	Coolemee	27284	Kernersville		
	28637	Hildebran	27028	Mocksville	27285	Kernersville		
	28641	Jonas Ridge	27009	Belews Creek	27214	Browns Summit		
	28647	Linville Falls	27010	Bethania	27233	Climax		
	28655	Morganton	27012	Clemmons	27235	Colfax		
	28666	Icard	27023	Lewisville	27249	Gibsonville		
Caldwell	28671	Rutherford College	27040	Pfafftown	27260	High Point		
	28680	Morganton	27045	Rural Hall	27261	High Point		
	28690	Valdese	27050	Tobaccoville	27262	High Point		
	28611	Collettsville	27051	Walkertown	27263	High Point		
	28630	Granite Falls	27094	Rural Hall	27264	High Point		
	28633	Lenoir	27098	Rural Hall	27265	High Point		
	28638	Hudson	27099	Rural Hall	27282	Jamestown		
Caldwell	28645	Lenoir	27101	Winston Salem	27283	Julian		
	28661	Collettsville	27102	Winston Salem	27301	MC Leansville		
	28667	Rhodhiss	27103	Winston Salem	27310	Oak Ridge		

North Carolina

<u>Condado</u>	<u>C.Postal</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Condado</u>	<u>C.Postal</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Condado</u>	<u>C.Postal</u>	<u>Ciudad</u>
Guilford, cont.	27313	Pleasant Garden	Iredell	28010	Barium Springs	Rowan	27013	Cleveland
	27342	Sedalia		28115	Mooreville		27054	Woodleaf
	27357	Stokesdale		28117	Mooreville		28023	China Grove
	27358	Summerfield		28123	Mount Mourne		28039	East Spencer
	27377	Whitsett		28166	Troutman		28041	Faith
	27401	Greensboro		28625	Statesville		28071	Gold Hill
	27402	Greensboro		28634	Harmony		28072	Granite Quarry
	27403	Greensboro		28660	Olin		28088	Landis
	27404	Greensboro		28677	Statesville		28125	Mount Ulla
	27405	Greensboro		28687	Statesville		28138	Rockwell
27406	Greensboro	28688	Turnersburg	28144	Salisbury			
27407	Greensboro	28689	Union Grove	28145	Salisbury			
27408	Greensboro	28699	Scotts	28146	Salisbury			
27409	Greensboro	27203	Asheboro	28147	Salisbury			
27410	Greensboro	27204	Asheboro	28159	Spencer			
27411	Greensboro	27205	Asheboro	27016	Danbury			
27412	Greensboro	27230	Cedar Falls	27019	Germanton			
27413	Greensboro	27248	Franklinville	27021	King			
27415	Greensboro	27298	Liberty	27022	Lawsonville			
27416	Greensboro	27316	Ramseur	27042	Pine Hall			
27417	Greensboro	27317	Randleman	27043	Pinnacle			
27419	Greensboro	27341	Seagrove	27046	Sandy Ridge			
27420	Greensboro	27350	Sophia	27052	Walnut Cove			
27425	Greensboro	27355	Staley					
27427	Greensboro	27370	Trinity					
27429	Greensboro	27025	Madison					
27435	Greensboro	27027	Mayodan					
27438	Greensboro	27048	Stoneville					
27455	Greensboro	27288	Eden					
27495	Greensboro	27289	Eden					
27497	Greensboro	27320	Reidsville					
27498	Greensboro	27323	Reidsville					
27499	Greensboro	27326	Ruffin					
		27375	Wentworth					

North Carolina

<u>Condado</u>	<u>C.Postal</u>	<u>Ciudad</u>	<u>Condado</u>	<u>C.Postal</u>	<u>Ciudad</u>
Surry	27007	Ararat	Yadkin	27011	Boonville
	27017	Dobson		27018	East Bend
	27024	Lowgap		27020	Hamptonville
	27030	Mount Airy		27055	Yadkinville
	27031	White Plains		28642	Jonesville
	27041	Pilot Mountain			
	27047	Siloam			
	27049	Toast			
	27053	Westfield			
	28621	Elkin			
	28676	State Road			
	28605	Blowing Rock			
	28607	Boone			
Watauga	28608	Boone			
	28618	Deep Gap			
	28679	Sugar Grove			
	28691	Valle Crucis			
	28692	Vilas			
	28698	Zionville			
	28606	Boomer			
	28624	Ferguson			
	28635	Hays			
	28649	MC Grady			
	28651	Millers Creek			
	28654	Moravian Falls			
	28656	North Wilkesboro			
Wilkes	28659	North Wilkesboro			
	28665	Purlear			
	28669	Roaring River			
	28670	Ronda			
	28683	Thurmond			
	28685	Traphill			
	28697	Wilkesboro			





North Carolina
Residency Declaration

This form is used to verify that _____ is a

(Applicant(s) Name)

resident of North Carolina and resides at _____

(Physical Address)

I have personal knowledge that the above-named:

- Intends to live in North Carolina permanently
- Intends to remain in North Carolina for an indefinite period of time
- Entered North Carolina in order to seek employment
- Entered North Carolina with a job commitment

I hereby declare that the above information is true and accurate:

(Signature)

(Relationship)

(Date)

(Address)

(Phone Number)



Declaración de Residencia
de Carolina del Norte

Este formulario sirve para verificar que _____, es

(Nombre del solicitante)

residente de Carolina del Norte, y reside en _____

(Dirección Física)

Yo tengo conocimiento personal que la(s) persona(s) nombrada(s):

- ___ Tiene(n) la intención de vivir en Carolina del Norte permanentemente
- ___ Tiene(n) la intención de permanecer en Carolina del Norte por un tiempo indefinido
- ___ Entró a Carolina del Norte con la intención de buscar empleo
- ___ Entró a Carolina del Norte con un compromiso de trabajo

Yo declaro que la información antes mencionada es verdadera y precisa:

(Firma)

(Parentesco)

(Fecha)

(Dirección)

(Número de Teléfono)

Anexo D

Wake Forest Baptist Medical Center Cálculos de Cantidades Generalmente Facturadas

Por favor, consulte el Anexo D en línea en:

- <http://www.wakehealth.edu/Financial-Assistance.htm>

Anexo E

Proveedores No Hospitalarios que brindan atención de emergencia y otras atenciones médicamente necesarias que están cubiertas bajo la FAP de North Carolina Baptist Hospital

- Wake Forest University Health Sciences Faculty/Physicians
- Wake Forest University Health Sciences Fellows
- Wake Forest University Baptist Medical Center Community Physicians
- Cornerstone Physicians

Proveedores No Hospitalarios que brindan atención de emergencia y otras atenciones médicamente necesarias que no están cubiertos bajo la FAP de North Carolina Baptist Hospital

- Ninguno

Autoridad de Aprobación

Niveles de aprobación requeridos para autorizar las cantidades solicitadas de asistencia financiera:

\$0-\$4,999	Personal
\$5,000-\$14,999	Subgerente
\$15,000-\$49,999	Gerente
\$50,000-\$114,999	Director
\$115,000 and Over	Asistente del Vicepresidente o Vicepresidente