

WellSpan Health Asistencia Financiera

PROPOSITO

Consistente con su misión benéfica de "trabajar como uno para mejorar la salud a través de un cuidado excepcional para todos, bienestar para toda la vida y comunidades saludables", el sistema de salud WellSpan proporciona asistencia financiera a los pacientes elegibles que están en necesidad. La póliza de asistencia financiera será justa, eficiente y accesible para todos los pacientes y será aplicada consistentemente a lo largo de todas las entidades del servicio de salud de WellSpan.

POLIZA Y PROCEDIMIENTO

I. ALCANCE Y GUIA DE PRINCIPIOS

- A. El sistema de salud WellSpan brindará atención esencial para los pacientes sin importar su capacidad de pago.
- B. El sistema de salud WellSpan proporcionará descuentos a los pacientes de acuerdo al estado financiero del paciente.
- C. El sistema de salud WellSpan determina la elegibilidad financiera en base a los ingresos, activos disponibles y otras formas de seguro de salud.
- D. La capacidad del sistema de salud WellSpan para proporcionar servicios con descuento a los pacientes, puede variar de acuerdo a su propio estado financiero.
- E. El sistema de salud WellSpan proporciona asistencia para el proceso de solicitud de Asistencia Médica (Medicaid)
- F. El sistema de salud WellSpan da a los pacientes la oportunidad de obtener planes de pago de las deudas de los pacientes.
- G. El programa de la tarjeta HealthyCare (disponible actualmente en los condados de York y Adams) también está disponible para proporcionar ayuda financiera a aquellos individuos con condiciones de salud crónicas a largo plazo, en curso, o para aquellos que requieren asistencia financiera para ayudar con el costo de los productos farmacéuticos. Información sobre este programa se puede encontrar en www.healthycommunitynetwork.org.
- H. Los requisitos para los subsidios para determinadas áreas de la población pueden reemplazar a las directrices de política de asistencia financiera del sistema de salud WellSpan.
- I. El sistema de salud WellSpan desarrollará y distribuirá los materiales de asistencia financiera que sean fáciles de leer y entender a través del servicio de atención al cliente, servicios financieros al paciente, las áreas de registro en el hospital y en las practicas, publicaciones internas y a través de la página web, www.wellspan.org. El personal de WellSpan estará capacitado para responder las preguntas de asistencia financiera o para dirigir cualquier pregunta al departamento apropiado oportunamente.

II. DETERMINACION DE ELIGIBILIDAD Y PROCESO DE APLICACION

- A. Usted puede hacer en cualquier momento una solicitud verbal o por escrito solicitando asistencia financiera de WellSpan. En el caso de una petición verbal, es posible que la firma no sea necesaria.
- B. WellSpan Health otorgará asistencia a todos los pacientes cuyo ingreso esté por debajo de 400 por ciento (400%) del índice federal de pobreza y dentro de los límites de activos que figuran en el adjunto A. Aquellos pacientes que califican para ayuda financiera recibirán un

descuento basado en la cantidad generalmente facturada (AGB), que es aplicable a la instalación en la que se prestan los servicios. La AGB se calcula por el método de revisión retrospectiva, de conformidad con el Reglamento del IRS 501 (r). Esto se basa en el pago recibido de Asistencia Médica (Medicaid) y todos los pagadores privados, en el año fiscal completado más recientemente.

- C. Todos los pacientes que no tienen seguro médico recibirán un descuento del 20 por ciento (20%).
- D. El paciente debe completar adecuadamente, por escrito o verbalmente, la solicitud de asistencia financiera de WellSpan, proporcionar todos los documentos al representante financiero designado al paciente. El paciente debe firmar la última página de la solicitud, a menos que se determine que la adquisición de una firma es difícil.
- E. Todos los pacientes que solicitan asistencia financiera de WellSpan deben presentar prueba de ingresos una vez que completan la solicitud. Pruebas de ingresos incluyen tres (3) talonarios de pago actuales, el seguro social, la incapacidad, el desempleo o renta de compensación de trabajadores, pensiones, rentas de inversión, renta de bienes raíces y todas las otras fuentes de ingresos. Se requieren estados de cuentas bancarias por 6 meses consecutivos (todas las páginas) para todos los trabajadores independientes. Se pueden pedir copias de las declaraciones de impuestos (con todos los anexos) a todas las personas que aplican pero estos papeles son mandatorios para los trabajadores independientes. En ausencia de estos documentos, los pacientes pueden presentar otras pruebas de ingreso.
- F. Los pacientes deben agotar todos los recursos de seguros a los que califican, incluyendo pero no limitado a los seguros privados, Asistencia Médica de Pennsylvania (Medicaid), beneficios asignados a los veteranos y otros programas estatales o federales, antes de ser aceptados para la asistencia financiera. Los pacientes deben proporcionar documentación para este efecto, por ejemplo, el rechazo de Asistencia Médica (Medicaid). Si los pacientes son elegibles, deben solicitar un plan de salud calificado bajo la Ley de Asistencia Asequible (ACA), o demostrar que fueron rechazados para obtener dicho plan. La falta de aplicación a la cobertura bajo el ACA dará lugar a la no calificación para asistencia financiera. Además, los pacientes que no cumplan con los requisitos razonables de los seguros, tales como la obtención de autorizaciones o referencias, no se les podrá proporcionar asistencia financiera.
- G. Los activos líquidos (efectivo, ahorros, cuentas bancarias, CD, fondos de la HSA, acciones, bonos de navidad, club/vacaciones) deben ser "agotados" antes de considerar la asistencia financiera (vea las directrices de activos líquidos en el anexo A). En general, los activos no líquidos (residencia, automóvil y otros bienes personales), así como los fondos de seguro de vida (401 (k), 403 (b), IRA o IRA Rollover) no necesitan ser considerados.
- H. El tamaño del hogar será determinado por el número de personas elegibles para ser reclamados como dependientes en la última declaración de impuestos federales del paciente.
- I. La elegibilidad para ayuda financiera WellSpan se mantendrá durante un (1) año desde la fecha de la determinación. La elegibilidad puede ser retroactiva para las cuentas por cobrar en cuentas activas. Si algunas cuentas en deuda se han mandado a la agencia de colección dentro del mismo año (1 de Julio al 30 de Junio), estas deben reclasificarse como misión benéfica.
- J. Pacientes/personas responsables serán notificados de las opciones disponibles para asistencia financiera antes de referir la cuenta a terceros o agencia de colección, **por regulación del IRS 501(r). Los métodos de notificación incluyen pero no se limitan a:**
 - i. Colocación de anuncios fáciles de leer

- ii. Desarrollo de un resumen de la póliza en un lenguaje sencillo
 - iii. Distribución de panfletos informativos en el hospital y en área de las oficinas de registración
 - iv. Distribución de panfletos informativos en sus comunidades
 - v. Una copia de la póliza de asistencia financiera en un lenguaje sencillo será ofrecida durante la registración /proceso de dar de alta (salir del hospital)
 - vi. Aviso claramente visible acerca de la póliza de asistencia financiera impresa en todos los estados de cuenta
 - vii. Copia de la póliza financiera en lenguaje sencillo con el ultimo estado de cuentas facturadas (Por lo menos 30 días antes de enviar la deuda a una agencia de colección)
- K. En caso de falta de pago, las cuentas por cobrar se referirán a agencias de colección de terceros, que por lo general incluye las acciones de cobro extraordinarias.

III. DETERMINACION DE ELEGIBILIDAD

- A. Si el paciente es incapaz de entregar toda la documentación requerida por razones obvias (por ejemplo, personas sin hogar) El sistema de salud WellSpan puede categorizar “write offs” (no cargos) asociadas con la cuenta (s) del paciente como acción benéfica consistente con procedimientos internos de la institución, y debe documentar las razones para la decisión.
- B. Cuando no hay información disponible sobre el seguro, las fuentes de información terceras son utilizadas para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, por ejemplo, asistencia de pago de acuerdo al rango ordenado (PARO) o será utilizada a juicio del personal. Estas fuentes de información proporcionan un mecanismo de puntuación a la cuenta del paciente, y utilizan los datos demográficos del paciente para estimar el estado financiero de los pacientes mediante el acceso a numerosas bases de datos disponibles públicamente. Estas fuentes proporcionan un estimado de los ingresos del paciente y el tamaño de la familia, permitiendo así que las entidades WellSpan puedan estimar el ingreso del paciente al nivel federal de pobreza. Esta estimación, junto con otra información recibida de la base de datos, como la puntuación global de caridad, puede ser utilizada para proporcionar asistencia financiera. Si Cuando se utilice la información de terceros el descuento proporcionado no está en el nivel más alto disponible, se le dará al paciente/personas responsables la oportunidad de proporcionar información financiera adicional para aumentar la cantidad de ayuda financiera.
- C. En los casos en que el paciente no responda y/u otras fuentes de información están disponibles para llevar a cabo una evaluación individual de la necesidad económica, es decir, la elegibilidad existente para Asistencia Médica o de puntuación; estas fuentes de información se pueden utilizar para apoyar y/o validar la decisión para la calificación de un paciente para una ayuda financiera total o parcial sin documentos de respaldo.

IV. SERVICIOS ELEGIBLES

- A. WellSpan Health ofrece asistencia financiera para todos los servicios médicamente necesarios y de atención de emergencia. Médicamente necesario se define generalmente como la necesidad de un artículo (s) o servicio (s) razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad, lesión o defecto. Todas las entidades de servicios WellSpan son elegibles (salvo que se excluyan a continuación). La ayuda financiera puede no estar disponible para las personas que residen fuera de las áreas de servicios primarios de salud WellSpan.

V. SERVICIOS QUE NO SON ELIGIBLES PARA ASISTENCIA FINANCIERA

- A. Honorarios Profesionales por servicios diagnósticos, cuando los médicos no son empleados de entidades de WellSpan (algunas entidades que no pertenecen a Wellspan podrían aceptar la póliza financiera de WellSpan)
- B. Procedimientos cosméticos
- C. Servicios de Infertilidad
- D. Levantadores de sillas eléctricos y equipo de movilidad eléctricos (ej. patineta, montacargas eléctricos y sillas de ruedas eléctricas)
- E. Chequeos sin motivos
- F. Cirugía bariátrica o servicios relacionados
- G. Consejería genética
- H. Laboratorios de referencia y honorarios de manejo
- I. Servicios de tarifa fija en virtud de arreglos
- J. Servicios para los cuales el paciente “opto por salir” o para el cual el paciente asumió responsabilidad financiera mediante la firma de un documento

- A. PROGRAMA DE AYUDA DE DESCUENTO PARA LA COMUNIDAD SIMPLE EN TIEMPOS DIFICILES. Debido a creencias religiosas, los miembros de la comunidad simple tienen diferentes calificaciones para asistencia financiera y no están sujetos a requerimientos de esta póliza

COBERTURA: Esta póliza aplica a todas las entidades gobernadas por los servicios de salud WellSpan.

ADJUNTOS:

Adjunto: Guías de la Póliza de Asistencia Financiera

APROBADA POR:

POLIZAS QUE HACEN REFERENCIA A ESTA POLIZA

Póliza de facturación y colección

Póliza de plan de pago

Póliza de asistencia financiera en un lenguaje sencillo

Póliza de Cuidado de Emergencia Médica (EMTALA)

FECHA DE CREACION: 07/13/04

FECHA DE REVISION/FECHAS REVISADAS: 10/04; 3/05; 4/06; 8/06; 3/07; 8/07; 4/7/08; 4/23/08; 7/9/08; 7/10; 8/10; 2/11; 7/11; 4/12; 6/12, 4/1/3, 3/14,7/16,9/16, 12/16

PALABRAS CLAVES DE BUSQUEDA: MAP, Cuidado gratis, Cuidado descompensado, Cuidado del indigente. Asistencia financiera.

Adjunto A

- Categoría I: Pacientes cuyos ingresos son menos o igual del 300% del índice federal de pobreza **(100% de descuento)** no se les facturará por servicios.
- Categoría II: Pacientes entre 301% y 350% del índice de pobreza reciben un **70%** de descuento en servicios.
- Categoría III: Pacientes entre 351% y 400% del índice de pobreza reciben un **40%** de descuento en Servicios.
- Categoría IV: Pacientes con 401% o más del índice de pobreza no reciben descuento

Directrices del Nivel de Pobreza 2016

# de Miembros De Familia	2016 Directrices del nivel de Pobreza	Sobre el 300% del nivel de Pobreza (100% de descuento)	301% y 350% (70% de Descuento)	351% y 400% (40% de Descuento)
1	\$11,880	\$35,640	\$41,580	\$47,520
2	\$16,020	\$48,060	\$56,070	\$64,080
3	\$20,160	\$60,480	\$70,560	\$80,640
4	\$24,300	\$72,900	\$85,050	\$97,200
5	\$28,440	\$85,320	\$99,540	\$113,760
6	\$32,580	\$97,740	\$114,030	\$130,320
7	\$36,730	\$110,190	\$128,555	\$146,920
8	\$40,890	\$122,670	\$143,115	\$163,560

Para familias con más de ocho miembros, agregue \$4,160 por cada miembro adicional.

Directrices de Activo Líquido

1 individuo - \$5,000 límite de activo

Pareja - \$7,500 límite de activo

Cada miembro adicional del hogar – Agregue \$3,000 por persona

Adjunto B
WellSpan Centro Dental del Hospital de York/Centro Dental Hoodner
Escala variable de tarifas para pacientes elegibles

Bajo la póliza de asistencia financiera de WellSpan, pacientes del centro dental de York Hospital y/o centro dental Hoodner, recibirán descuentos bajo las siguientes categorías como lo muestra en la escala variable de servicios dentales.

- Categoría I: Pacientes cuyos ingresos son menos o igual del 300% del índice federal de pobreza **(100% de descuento) no se les facturará por servicios.**
- Categoría II: Pacientes entre 301% y 350% del índice de pobreza reciben un **70%** de descuento en servicios.
- Categoría III: Pacientes entre 351% y 400% del índice de pobreza reciben un **40%** de descuento en servicios.
- Categoría IV: Pacientes con 401% o más del índice de pobreza no reciben descuento

Directrices del Nivel de Pobreza 2016

Tipo de procedimiento	Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categoría IV
Procedimientos generales (preventivos, restauraciones básicas, tratamiento de conductos y extracciones)	70%	40%	30%	Sin seguro dental 20% de descuento disponible
Procedimientos con costo de laboratorio (coronas, dentaduras postizas, puentes, etc.)	50%	40%	30%	
Procedimientos estéticos e implantes dentales	No hay descuentos disponibles			

