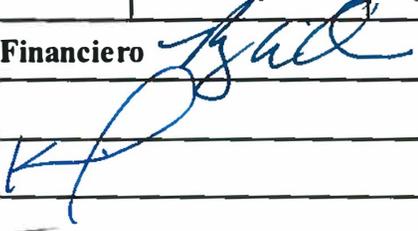


	<b>North Carolina Baptist Hospital [NCBH]</b> <b>Política de Asistencia Financiera del</b> <b>Paciente</b> <b>03-200-101</b>	<b>Tipo:</b>	<b>Nivel 3</b>
		<b>Fecha en Vigor Original:</b>	<b>1º-jul-13</b>
		<b>Fecha Actual (Revisada):</b>	<b>1º-jul-19</b>
		<b>Contacto:</b>	<b>PFS</b>
<b>Firma de Aprobación:</b>		<b>Fecha de Aprobación:</b> 1º-jul-19	
<b>Título: Bradley Clark, Vice presidente Ejecutivo y Director Financiero</b>			
<b>Firma de Aprobación:</b>			
<b>Título: Kevin High, Presidente, Sistema de Salud</b>			
<b>Firma de Aprobación:</b>			
<b>Título: Todd M. Bankhead, Vicepresidente Superior, Operaciones Clínicas y Servicios Financieros para Pacientes</b>			

**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 discapacidad, intenta ser lo más generoso y responsable posible para todos los pacientes que solicitan o requieren servicios.
- b) Es política de WFBMC de:
  - i) Tener una Política de Asistencia Financiera del Paciente (FAP, siglas en inglés) que aplica a los pacientes elegibles a asistencia financiera quienes reciben 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) High Point Medical Center
  - (5) Wilkes Medical Center
  - (6) Cornerstone Physicians
  - (7) Wake Forest Emergency Providers
  - (8) Wake Forest University Health Sciences Faculty/Physicians
  - (9) 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
  
- di) Departamento/Parte/Partes Responsables:
  - i) Dueño de la Política: Vicepresidente Ejecutivo (EVP) y Director de Finanzas (CFO), Presidente, Sistema de Salud y Vicepresidente Superior (SVP)- Operaciones Clínicas y Servicios Financieros para Pacientes
  - 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 bajo la 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 H
- 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: También conocida como asistencia financiera.
- g) Servicios Electivos: Servicios que, de acuerdo a la opinión del médico tratante, pueden retrasarse razonablemente para permitir que el médico tenga opciones de programación sin afectar desfavorablemente ningún resultado clínico. Estos servicios no están cubiertos por esta FAP.
- h) Condición Médica de Emergencia: Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso), de tal manera que se podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte 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 que no haya 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 requieren un proceso legal o judicial, o involucren 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, negación o requerimiento de pago antes de brindar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago previo.
- j) La Persona Elegible bajo la FAP: Una Persona Responsable que es elegible para recibir asistencia financiera bajo la FAP sin considerar si el individuo ha solicitado ayuda financiera, a saber: atención de caridad.
- k) Asistencia Financiera: Los servicios brindados a un paciente sin seguro u otra fuente de financiamiento de terceros, o Persona Responsable que no tiene la capacidad financiera para pagar por la atención de emergencia y médicamente necesaria. No se proporciona asistencia financiera para los servicios electivos. La asistencia financiera está disponible para los pacientes que son residentes de Carolina del Norte y que cumplen con los requisitos de ingresos y de elegibilidad según se definen en esta política (Anexo C1). Para aquellos pacientes que solicitan asistencia financiera antes de recibir atención médica, la FAP de WFBMC se aplicará a un solo diagnóstico, condición o enfermedad; y toda la atención de emergencia y médicamente necesaria y la atención médica subsecuente durante un período de tres meses a partir de la fecha inicial del servicio para el cual se solicita asistencia financiera, siempre que el/la solicitante continúe calificando para asistencia financiera durante ese período. Para aquellos pacientes que solicitan asistencia financiera después de recibir atención médica, se puede ofrecer asistencia de caridad para los servicios solicitados

en la solicitud de caridad y que se encuentren dentro del período de solicitud. Para la atención médica que se excede más allá de 3 meses, los pacientes elegibles tienen que volver a solicitar asistencia financiera.

- l) Comité de Supervisión de Asistencia Financiera (FAOC, siglas en inglés): Comité operativo responsable de establecer, revisar, implementar y monitorear la solicitud de FAP de WFBMC.
- m) Política de Asistencia Financiera (FAP): El Programa de Asistencia Financiera de WFBMC para la Política de Responsabilidad del Paciente/de Pacientes que Pagan Por Cuenta Propia, que incluye los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera, la base para calcular los cargos, el método de aplicación de la política y las medidas para publicar la política.
- n) 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 limitada a Medicaid, COBRA, un plan de Intercambio o confirmación de elegibilidad para asistencia financiera.
- o) Gastos Brutos: La totalidad de los precios de lista de los servicios y suministros como aparecen en el Detalle de Gastos en la Factura Principal de WFBMC (CDM).
- p) 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 no lo realiza.
- q) 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 el centro de WFBMC desde el cual el paciente recibió dichos servicios.
- r) Hogar: La parte responsable y sus dependientes menores de 18 años de edad.
- s) Ingreso Familiar: ‘El ingreso bruto ajustado modificado de usted, su cónyuge (si presenta una declaración conjunta), y de cualquier dependiente que deba presentar una declaración de impuestos. El ingreso bruto ajustado modificado es el ingreso bruto ajustado de la declaración de impuestos más cualquier ingreso devengado extranjero excludible e intereses exentos de impuestos recibidos durante el año contributivo.’ Fuentes de ingresos incluyendo pero no limitadas 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, pagos por discapacidad y asistencia pública.
- t) 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.
- u) Atención Médicamente Necesaria: Atención médica emergente y urgente no electiva, definida como servicios que, en opinión de un médico tratante, son críticos y urgentemente necesarios y, por lo tanto, no se pueden posponer de manera segura y razonable sin poner en peligro la salud y el bienestar del paciente.

- v) Servicios No Electivos
  - i) Servicios que no son de emergencia: Aquellos servicios fuera de los que son de atención de emergencia y médicamente necesarios. Vea Servicios Electivos.
  - ii) Servicios de emergencia: Servicios para un 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 la persona. Típicamente, los pacientes pueden presentarse a través del Departamento de Emergencias, Departamento de Obstetricia o como una emergencia en el consultorio.
- w) 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 concluye 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.
- x) 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.
- y) Reservación del Derecho de Pedir Reembolso de los Cargos de Terceros: En el caso de que cualquier pagador de primera o tercera parte 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.
- z) 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.
- aa) Área de Servicio: Direcciones físicas dentro de los códigos postales que están dentro 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).
- bb) Cuenta de Paciente Único: Un informe o descripción de una sola visita o evento.
- cc) 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.

- dd) Umbral para la declaración de impuestos: la cantidad mínima de ingresos brutos que una persona de su edad y con su estado civil para efectos de la declaración debe ganar para que debe presentar una declaración de impuestos.
- ee) 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.
- ff) 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).
- gg) 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 pertinente, entonces los Gastos Usuales y Acostumbrados serán las tarifas para los Servicios Cubiertos según lo establecido por la Lista Detallada de Gastos en la Factura Principal (CDM) o la lista de precios aplicables en el momento en que se presten los Servicios Cubiertos.
- hh) WFBMC: 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 de WFBMC 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 de 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) Director de Servicios de Impuestos
      - (i) Representante de la Comunidad del Centro de NCBH
      - (j) Representante de la Comunidad de Lexington Medical Center
      - (k) Representante de la Comunidad de Davie Medical Center
      - (l) Representante de la Comunidad de High Point Medical Center
      - (m) Representante de la Comunidad de Wilkes Medical Center

b) Criterios de Elegibilidad bajo la FAP

- 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 presentan a continuación:
  - (1) El paciente no debe estar asegurado o no debe tener otra fuente de financiación de terceros o Garante.
  - (2) Los servicios para los cuales se aplican los descuentos deben ser de emergencia y atención médicamente necesaria. Los servicios de Categoría 2 y 3 que se mencionan en la Tabla de Excepciones de Asistencia Financiera son ejemplos de servicios que, en general, no tienen descuento bajo la FAP (Anexo G).
  - (3) El paciente debe ser un residente válido dentro de un código postal que está dentro o que intersecta uno de los diecinueve condados que definen el Área de Servicio de WFBMC. La prueba de residencia en estos condados se puede verificar de acuerdo al Anexo C1. Cualquier residente puede solicitar asistencia financiera y será considerado(a) sin distinción de raza, etnicidad, género, orientación sexual, nacionalidad, estado de ciudadanía o preferencia religiosa.
  - (4) Si el ingreso del hogar es  $\leq 300\%$  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.
  - (5) La inscripción con un pagador primario no se requiere si la prima de la póliza asociada con la inscripción resulta en Indigencia Médica.
  - (6) Si el ingreso del hogar es  $> 300\%$  del nivel federal de pobreza, el paciente no es elegible para asistencia financiera bajo esta FAP. Las pautas federales de pobreza que se utilizan para determinar la elegibilidad financiera se establecen anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU. Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$4,320 por cada persona adicional.
- ii. WFBMC se reserva el derecho de revocar cualquier ajuste de descuento proporcionado bajo la 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 bajo la 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 bajo la FAP al multiplicar los gastos brutos por la atención proporcionada por el porcentaje de AGB.
- iv) WFBMC comenzará a aplicar el porcentaje de AGB al 120º 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 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 de WFBMC, 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). Para saldos inferiores a \$2,000, se puede completar un formulario de Cuestionario Financiero de WFBH. Las personas responsables pueden obtener una solicitud financiera al comunicarse con WFBMC Financial Counseling (Asesoría Financiera de WFBMC) al (336) 716-0681, en línea en <http://www.wakehealth.edu/Financial-Assistance.htm>, o al visitar las oficinas de WFBMC Cashier ubicadas dentro de cada centro del hospital. Las solicitudes se pueden devolver a las oficinas de WFBMC Cashier ubicadas dentro del hospital, por fax al (336) 716-4660 o por correo a Wake Forest Baptist Medical Center, Attn: Financial Counseling, Medical Center Boulevard, Winston-Salem, NC 27157.

### b) Solicitud Retroactiva

- i) Es Política de WFBMC 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 limitadas 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 Servicio al Cliente después de la admisión para determinar la elegibilidad bajo la FAP. Las personas responsables pueden obtener una solicitud financiera al ponerse en contacto con WFBMC Customer Service (Servicio al Cliente de WFBMC) al (336) 716-3988, en línea al <http://www.wakehealth.edu/Financial-Assistance.htm>, o al visitar las oficina de WFBMC Cashier ubicadas dentro de cada centro del hospital, por fax al (336) 713-4808 o por correo a Wake Forest Baptist Medical Center, Attn: Financial Assistance, 100 Kimel Forest Drive, Winston-Salem, NC 27103.
- iv) En el proceso para determinar la elegibilidad bajo la 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) Solicitud Presunta

- i) Es Política de WFBMC evitar la facturación y las Acciones Extraordinarias de Recaudación (ECAs) contra cualquier persona que de otra manera sería elegible bajo la FAP.
- ii) Es Política de WFBMC usar tecnologías de perfilado financiero y de puntaje de crédito disponibles comercialmente para evaluar de manera presunta a Personas Responsables para determinar la elegibilidad para descuentos de asistencia financiera de WFBMC bajo su FAP antes de que se inicien las ECAs. A los pacientes que probablemente tengan un ingreso familiar de 300% o menor que el nivel federal de pobreza (FPL), según la determinación de estas tecnologías, se les concederá un descuento de asistencia financiera del 100%.
- iii) Si el proceso de detección de presunta elegibilidad bajo la FAP proporciona indicios razonables de que la persona sería de otra manera elegible bajo la FAP, si aquella persona hubiera efectivamente solicitado para la FAP, WFBMC aceptará estos hallazgos y otorgará elegibilidad bajo la FAP de manera presunta consistente con los Descuentos de Asistencia Financiera bajo la FAP.

d) Facturación y Cobros

- i) Es Política de WFBMC 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 bajo la FAP.
- ii) WFBMC se reserva el derecho de emplear ECAs contra personas consideradas no elegibles bajo la FAP, después de que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad bajo la 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 de 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 a ninguna persona que es elegible bajo la FAP para atención de emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria más que los AGB.
- ii) El descuento de asistencia financiera disponible para las personas elegibles bajo la FAP bajo esta FAP será del 100%.
- iii) 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.

- 1) Por favor, consulte las estimaciones de AGB en línea en:

<http://www.wakehealth.edu/Finacial-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/Finacial-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) 716-0681
5. High Point Medical Center (336) 878-6000

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 al:

- 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 hojas informativas y folletos en el departamento de emergencia y otras agencias locales públicas y organizaciones sin fines de lucro que atienden las necesidades de la población de las comunidades con bajos ingresos.

#### **7) Evaluación/Revisión/Aplicación:**

- a) Ciclo de Revisión: Esta política será revisada por el EVP y CFO, el Presidente del Sistema de Salud y el SVP de Operaciones Clínicas y Servicios Financieros para Pacientes 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. 03-002-007 Apropriación del Fondo de Benevolencia Bautista
- b. 03-200-102 Autorización Financiera Previa al Servicio
- c. 03-200-104 Facturación y Cobros
- d. 03-200-0006 Política de Descuento para Paciente Responsable / que Paga por Cuenta Propia

#### **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: Solicitud de Beneficio Comunitario / de Declaración de Ingresos
- b. Anexo A1: Cuestionario Financiero de WFBH
- c. Anexo B: Códigos Postales del Área de Servicio
- d. Anexo C: Declaración de Residencia de Carolina del Norte
- e. Anexo D: Cálculo de Montos Generalmente Facturados
- f. Anexo E: Proveedores en Instalaciones no hospitalarias cubiertos bajo FAP
- g. Anexo F: Autoridad de Aprobación
- h. Anexo G: Exclusiones
- i. Anexo H: Resumen de Asistencia Financiera

**FOR INTERNAL USE ONLY (SÓLO PARA USO INTERNO)**

Today's Date: \_\_\_\_\_ Date Referred: \_\_\_\_\_  
Referred By: \_\_\_\_\_ Ins: \_\_\_\_\_  
Guarantor #(s): \_\_\_\_\_ MRN #: \_\_\_\_\_  
Admit/Discharge Date(s): \_\_\_\_\_  
Diagnosis: \_\_\_\_\_  
Procedure: \_\_\_\_\_  
Est. Charges: \_\_\_\_\_ Est. Pt. Bal.: \_\_\_\_\_ Est. Length Of Disability: \_\_\_\_\_

**Información del/de la Paciente:**

Nombre del/de la Paciente: \_\_\_\_\_ FDN: \_\_\_\_\_  
Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Condado de residencia: \_\_\_\_\_  
Dirección Postal: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
Dirección física: \_\_\_\_\_ Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ CP: \_\_\_\_\_  
Tel. Casa \_\_\_\_\_ Tel. Trabajo \_\_\_\_\_ Tel. Cel. \_\_\_\_\_  
¿Es el/la paciente ciudadano/a de los EE.UU.? \_\_\_\_\_ Si no, ¿es el paciente un residente legal? \_\_\_\_\_

**Miembros de familia inmediata que viven en casa (Menores de 18 o estudiante de tiempo completo):**

Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____
Parentesco: _____	Nombre: _____	FDN: _____	#SS: _____

**Información de Empleo del(de la) Paciente/Padre(Madre)/Tutor(a) Legal**

Empleador: \_\_\_\_\_ Tiempo en empleo actual: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Parentesco con paciente: \_\_\_\_\_  
Salario por hora: \_\_\_\_\_ Horas trabajadas/semana: \_\_\_\_\_  
Frecuencia de pago: \_\_\_\_\_ Salario mensual bruto: \_\_\_\_\_  
Última fecha que trabajó: \_\_\_\_\_ Ingresos mientras no trabaja: \_\_\_\_\_

(Si actualmente desempleado/a)

**Información de empleo del(de la) Paciente/Padre(Madre)/Tutor(a) Legal**

Empleador: \_\_\_\_\_ Tiempo en empleo actual: \_\_\_\_\_  
Empleador: \_\_\_\_\_ Parentesco con paciente: \_\_\_\_\_  
Salario por hora: \_\_\_\_\_ Horas trabajadas/semana: \_\_\_\_\_  
Frecuencia de pago: \_\_\_\_\_ Salario mensual bruto: \_\_\_\_\_  
Última fecha que trabajó: \_\_\_\_\_ Ingresos mientras no trabaja: \_\_\_\_\_

**Additional Income:**

Tipo: \_\_\_\_\_ Ctd. mensual: \_\_\_\_\_ Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_  
Tipo: \_\_\_\_\_ Ctd. mensual: \_\_\_\_\_ Recibido por: \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo: \_\_\_\_\_

Al firmar a continuación, certifico que la información anterior es una declaración completa y precisa de mi posición económica actual y doy mi permiso para que verifiquen esta información. Wake Forest Baptist Health se reserva el derecho de revertir un descuento previamente registrado si se determina que hay recursos adicionales disponibles de terceros o que la información proporcionada sea falsa.

**Firmado por:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

**Parentesco con paciente:** \_\_\_\_\_

# de Registro Médico del/ de la Paciente: \_\_\_\_\_

Saldo: \_\_\_\_\_ # HAR: \_\_\_\_\_

**CUESTIONARIO FINANCIERO DE WFBH**

Doy fe que la información proporcionada a continuación es verdadera y completa. Entiendo que cualquier información falsa o errónea que haya proporcionado puede resultar en inelegibilidad para cualquier ajuste, descuento o atención caritativa. También entiendo que WFBH puede verificar los valores de la propiedad, historial de crédito, entre otra información, para verificar la información proporcionada. No se aprobará ningún ajuste, descuento o atención caritativa si se demuestra que cualquiera de la información proporcionada en este documento no es cierta.

Nombre del/de la Paciente – Por favor escriba \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Primer nombre \_\_\_\_\_ Segundo nombre \_\_\_\_\_ Apellido(s) \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa): \_\_\_\_\_

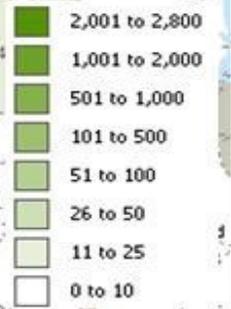
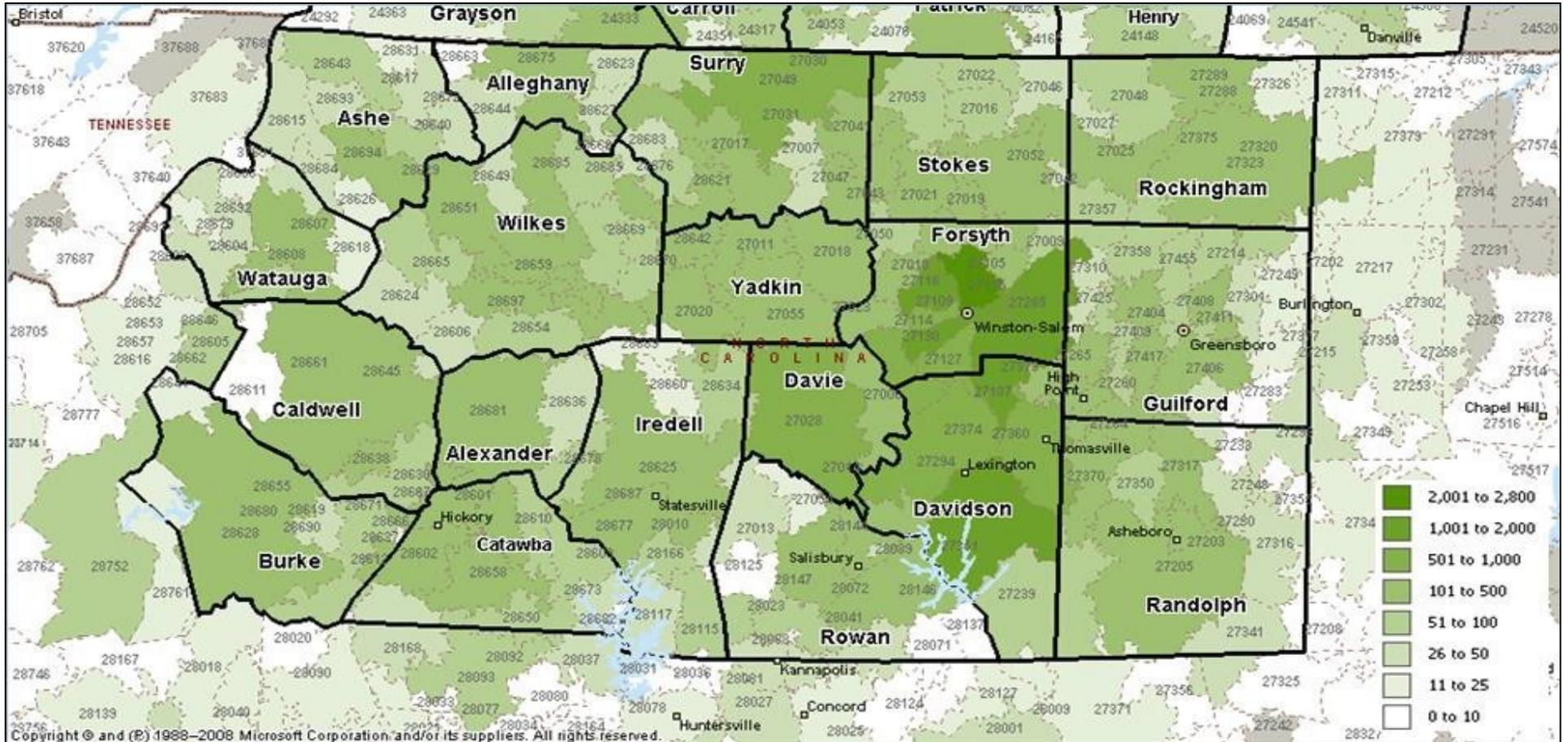
**Dirección de casa (no Aptdo. Postal):**\_\_\_\_\_  
Calle \_\_\_\_\_ Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Firma del/de la Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  
Nombre del Garante – Por favor Escrito \_\_\_\_\_ Firma del Garante \_\_\_\_\_**Pregunta Uno:** ¿Cuántas personas viven en su hogar? (Esto incluye cónyuge, hijos en el hogar-menores de 18 años y cualquier niño(a) menor de 18 años que viva fuera del hogar para quien usted sea responsable financieramente).

\_\_\_\_\_ Número de personas que viven en el hogar

**Pregunta Dos:** ¿Cuál es su ingreso bruto por año? \$ \_\_\_\_\_  
Si está casado(a), ¿cuál es el ingreso bruto de su cónyuge por año? \$ \_\_\_\_\_**Pregunta Tres:**¿Es usted o su cónyuge dueños de su casa?  Sí  No ¿Alguno de los dos es dueño/a de tierras?  Sí  No**Pregunta Cuatro:** ¿Alguna vez ha solicitado usted o el/la paciente Medicaid en los últimos 3 meses?  Sí  No  
Si no es así, explique \_\_\_\_\_**Pregunta Cinco:** ¿Recibe usted o el/la paciente ingresos de SSD o SSI?  Sí  No  
Si es así, indique la fecha de inicio \_\_\_\_\_ y la cantidad \$ \_\_\_\_\_**Office Use Only (Uso de oficina solamente)**

Application Taken By: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_



Copyright © and (P) 1988–2008 Microsoft Corporation and/or its suppliers. All rights reserved.

<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>
<b>Alexander</b>	28636	Hiddenite	<b>Catawba</b>	28601	Hickory	<b>Forsyth, cont.</b>	27104	Winston Salem
	28678	Stony Point		28602	Hickory		27105	Winston Salem
	28681	Taylorsville		28603	Hickory		27106	Winston Salem
<b>Alleghany</b>	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
	28627	Glade Valley		28658	Newton		27111	Winston Salem
	28668	Roaring Gap		28673	Sherrills Ford		27113	Winston Salem
<b>Ashe</b>	28643	Lansing		28682	Terrell		27114	Winston Salem
	28615	Creston	<b>Davidson</b>	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
	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
<b>Burke</b>	28612	Connelly Springs		27374	Welcome		27198	Winston Salem
	28619	Drexel	<b>Davie</b>	27006	Advance		27199	Winston Salem
	28628	Glen Alpine		27014	Cooleemee	<b>Guilford</b>	27284	Kernersville
	28637	Hildebran		27028	Mocksville		27285	Kernersville
	28641	Jonas Ridge	<b>Forsyth</b>	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
	28671	Rutherford College		27040	Pfafftown		27260	High Point
	28680	Morganton		27045	Rural Hall		27261	High Point
	28690	Valdese		27050	Tobaccoville		27262	High Point
<b>Caldwell</b>	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
	28645	Lenoir		27101	Winston Salem		27283	Julian
	28661	Collettsville		27102	Winston Salem		27301	MC Leansville
	28667	Rhodhiss		27103	Winston Salem		27310	Oak Ridge

# Carolina del Norte

<u>Condado</u>	<u>C. Postal</u>	<u>Ciudad</u>
Guilford, cont.	27313	Pleasant Garden
	27342	Sedalia
	27357	Stokesdale
	27358	Summerfield
	27377	Whitsett
	27401	Greensboro
	27402	Greensboro
	27403	Greensboro
	27404	Greensboro
	27405	Greensboro
	27406	Greensboro
	27407	Greensboro
	27408	Greensboro
	27409	Greensboro
	27410	Greensboro
	27411	Greensboro
	27412	Greensboro
	27413	Greensboro
	27415	Greensboro
	27416	Greensboro
	27417	Greensboro
	27419	Greensboro
	27420	Greensboro
	27425	Greensboro
	27427	Greensboro
	27429	Greensboro
	27435	Greensboro
27438	Greensboro	
27455	Greensboro	
27495	Greensboro	
27497	Greensboro	
27498	Greensboro	
27499	Greensboro	

<u>Condado</u>	<u>C. Postal</u>	<u>Ciudad</u>
Iredell	28010	Barium Springs
	28115	Mooreville
	28117	Mooreville
	28123	Mount Mourne
	28166	Troutman
	28625	Statesville
	28634	Harmony
	28660	Olin
	28677	Statesville
	28687	Statesville
Randolph	28688	Turnersburg
	28689	Union Grove
	28699	Scotts
	27203	Asheboro
	27204	Asheboro
	27205	Asheboro
	27230	Cedar Falls
	27248	Franklinville
	27298	Liberty
	27316	Ramseur
Rockingham	27317	Randleman
	27341	Seagrove
	27350	Sophia
	27355	Staley
	27370	Trinity
	27025	Madison
	27027	Mayodan
	27048	Stoneville
	27288	Eden
	27289	Eden
Stokes	27320	Reidsville
	27323	Reidsville
	27326	Ruffin
	27375	Wentworth

<u>Condado</u>	<u>C. Postal</u>	<u>Ciudad</u>
Rowan	27013	Cleveland
	27054	Woodleaf
	28023	China Grove
	28039	East Spencer
	28041	Faith
	28071	Gold Hill
	28072	Granite Quarry
	28088	Landis
	28125	Mount Ulla
	28138	Rockwell
Stokes	28144	Salisbury
	28145	Salisbury
	28146	Salisbury
	28147	Salisbury
	28159	Spencer
	27016	Danbury
	27019	Germanton
	27021	King
	27022	Lawsonville
	27042	Pine Hall
27043	Pinnacle	
27046	Sandy Ridge	
27052	Walnut Cove	

# Carolina del Norte

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

<u>Condado</u>	<u>C. Postal</u>	<u>Ciudad</u>
<b>Yadkin</b>	27011	Boonville
	27018	East Bend
	27020	Hamptonville
	27055	Yadkinville
	28642	Jonesville

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)**

*Residencia en Carolina del Norte (NC) – Para ser considerado(a) residente del estado de Carolina del Norte y ser elegible para atención de caridad, una persona debe tener domicilio en Carolina del Norte con la intención de permanecer aquí permanentemente o por un período indefinido, o demostrar que ingresó a Carolina del Norte para buscar empleo o con un compromiso laboral. Una persona está domiciliada en Carolina del Norte si Carolina del Norte es su lugar de residencia fija, establecida o permanente con la intención de permanecer ahí permanentemente o por un período indefinido de tiempo.*

**REQUISITOS:** Para verificar la residencia, se necesita proporcionar dos documentos de dos de las siguientes categorías. Esto significa que un documento o prueba se tiene que encontrar en dos de las pequeñas letras a continuación. Ejemplo: Un elemento de la c y de la f serían aceptables. Dos documentos en la b no serían aceptables. El/la solicitante o el cónyuge legal del/de la solicitante, que muestra una dirección en Carolina del Norte.

- a) Una licencia de conducir válida de Carolina del Norte u otra tarjeta de identificación emitida por la North Carolina Division of Motor Vehicles (División Vehicular de Carolina del Norte)
- b) Un recibo de pago de renta, alquiler o hipoteca de Carolina del Norte, dos estados de cuenta bancaria o una factura de servicios públicos actual a nombre del/de la solicitante o del cónyuge legal del/de la solicitante, que muestre una dirección en Carolina del Norte.
- c) Una tarjeta de registro de vehículos actual de Carolina del Norte a nombre del/de la solicitante y que muestre dirección actual del/de la solicitante en Carolina del Norte.
- d) Un documento que verifique que el/la solicitante está empleado(a) en Carolina del Norte.
- e) Uno o más documentos que demuestren que la residencia del/de la solicitante en el estado anterior de residencia del/de la solicitante ha finalizado, como el cierre de una cuenta bancaria, la terminación del empleo o la venta de una casa.
- f) Los registros de impuestos del/de la solicitante o del cónyuge legal del/de la solicitante, que muestren una dirección actual en Carolina del Norte.
- g) Un documento que demuestre el/la solicitante se ha registrado en un servicio de empleo público o privado en Carolina del Norte.
- h) Un documento que demuestre que el/la solicitante ha inscrito a sus hijos en una escuela pública o privada, o en un centro de cuidado infantil ubicado en Carolina del Norte.
- i) Un documento que demuestre que el/la solicitante está recibiendo asistencia pública (como cupones de alimentos) u otros servicios que requieren prueba de residencia en Carolina del Norte. Work First y Energy Assistance actualmente no requieren prueba de residencia en Carolina del Norte.
- j) Registros de un departamento de salud u otro proveedor de atención médica ubicado en Carolina del Norte que muestre la dirección actual del solicitante en Carolina del Norte.
- k) Una declaración por escrito de una persona que tenga una relación social, familiar o económica con el/la solicitante y que tenga conocimiento personal de la intención del/de la solicitante de vivir en Carolina del Norte permanentemente, por un período indefinido de tiempo o de residir en Carolina del Norte con el fin de buscar empleo o con un compromiso laboral.
- l) Una tarjeta de registro de votante actual de Carolina del Norte.
- m) Un documento del Departamento de Asuntos de Veteranos de EE.UU., el Ejército Estadounidense o del Departamento de Seguridad Nacional de los EE.UU. que verifique la intención del/de la solicitante de vivir en Carolina del Norte de manera permanente o por un período indefinido de tiempo o que el/la solicitante resida en Carolina del Norte para buscar empleo o tenga un compromiso laboral.
- n) Registros escolares oficiales de Carolina del Norte, firmados por funcionarios escolares o diplomas emitidos por escuelas de Carolina del Norte (incluyendo escuelas secundarias, universidades, universidades comunitarias) que verifiquen la intención del/de la solicitante de vivir en Carolina del Norte permanentemente, o por un período indefinido de tiempo, o que el/la solicitante reside en Carolina del Norte para buscar empleo o con un compromiso laboral.
- o) Un documento emitido por el consulado mexicano u otro consulado extranjero que verifique la intención del/de la solicitante de vivir en Carolina del Norte permanentemente, por un período indefinido de tiempo o que resida en Carolina del Norte con el fin de buscar empleo o con un compromiso laboral.p) WFBMC tiene la autoridad para determinar lo que se considera una prueba satisfactoria, y retiene
- p) El derecho de denegar la elegibilidad y/o declarar a WFBMC que los documentos proporcionados son inaceptables si WFBMC considera que la documentación es falsa o si considera que la documentación no es satisfactoria de algún otro modo. WFBMC puede requerir la provisión de documentación de respaldo adicional.



Por favor, consulte el Anexo D en línea en: <http://www.wakehealth.edu/Financial-Assistance.htm>

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

**Anexo F**

**Autoridad de Aprobacion**

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

**Tabla de Excepciones de Asistencia Financiera**

La siguiente tabla describe ejemplos de aquellos servicios que generalmente no están cubiertos por la FAP como emergentes y médicamente necesarios, debido a que se consideran electivos en muchas situaciones. Los servicios que generalmente están cubiertos por Medicaid se indican con un asterisco (\*)

<b>Categoría</b>	<b>Definición</b>	<b>Programa de Asistencia Financiera</b>	<b>Definición del Servicio</b>
<b>Categoría 1</b>	Atención No Electiva Emergente y Urgente	<b>SÍ</b>	Todos los servicios relacionados
<b>Categoría 2</b>	Otra Atención/Tratamiento Alternativo Generalmente Disponible	<b>NO</b>	Implante coclear Circuncisión infantil electiva Aféresis de LDL Trasplantes Cirugía bariátrica Estimulación cerebral profunda Implante peniano o testicular Reversión de la vasectomía Dispositivo de asistencia ventricular izquierda Aparatos auditivos (hasta los 21 años) Oportunidades reproductivas de preservación después del tratamiento de cáncer (FIV para PROACT) Servicios brindados a los beneficiarios de la Administración de Veteranos que rechazan la transferencia a una instalación de VA
<b>Categoría 3</b>	Servicios Excluidos	<b>NO</b>	Cirugía/procedimientos cosméticos * Ultrasonido obstétrico electivo * Trabajo de parto y nacimiento * Lentes de contacto o exámenes * Dispositivos de audición * Acupuntura Cirugía de cataratas (a menos de ser médicamente necesaria) * Rehabilitación cardíaca * Terapia ambulatoria física, ocupacional y respiratoria * Control de peso * Pruebas genéticas * Estudios del sueño * Unidad de monitoreo de epilepsia Servicios de podología * Reemplazo de articulaciones Inyecciones Synvisc Farmacia al menudeo * Servicios para dolor crónico Servicios para la salud del comportamiento y la adicción * Diálisis ambulatoria * Colonoscopia virtual electiva IRM electiva de cuerpo completo Escaneo con ultrasonido para la caracterización del tejido Evaluación con ultrasonido para la caracterización del tejido Cualquier otro procedimiento que no cumple con los criterios de atención no electiva según lo determinado por WFBH *

## Resumen de Asistencia Financiera

A partir del 1º de septiembre del 2018, Wake Forest Baptist Health actualizó su política de asistencia financiera. En Wake Forest Baptist, reconocemos la carga financiera que las facturas médicas pueden ocasionar por servicios médicamente necesarios. Nuestra meta es ayudar a proteger la salud financiera de nuestros pacientes y ayudarles a manejar los saldos pendientes.

▪ **¿Ofrece Wake Forest Baptist algún descuento a pacientes sin seguro médico que no tienen la capacidad de pagar?**

Los pacientes **sin** seguro médico ni alguna otra fuente de financiamiento que tenga un ingreso familiar igual o inferior al 300% del Límite Federal de Pobreza (FPL, siglas en inglés) y vivan en Carolina del Norte en el área de servicio de 19 condados de Wake Forest Baptist podrían ser elegibles para un descuento completo (100%) para la atención médica críticamente necesaria no electiva para pacientes hospitalizados o ambulatorios de una enfermedad o dolencia individual y calificada por 3 meses a partir de la fecha de aprobación según la política de Wake Forest Baptist y retroactivamente por 240 días de acuerdo con la ley federal. La elegibilidad se basa en el tamaño de la familia, los ingresos y los bienes del paciente o del individuo legalmente responsable.

▪ **¿Qué tipos de servicios se consideran no electivos?**

Los servicios no electivos son aquellos que su médico define como críticamente necesarios y no pueden posponerse sin ocasionarle daño a usted. Su médico determina si hay urgencia médica o no para el servicio.

▪ **Qué tipos de servicios se consideran electivos?**

Los servicios electivos que generalmente no son elegibles para un descuento del 100% se enumeran a continuación. Algunos de estos servicios podrían ser elegibles según lo determine su médico.

Servicios generalmente no elegibles para descuento del 100%	
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acupuntura</li> <li>▪ Cirugía Bariátrica</li> <li>▪ Servicios de Salud del Comportamiento y Adicción *</li> <li>▪ Rehabilitación cardíaca *</li> <li>▪ Cirugía de Catarata (a menos de que sea médicamente necesaria) *</li> <li>▪ Servicios para dolor crónico</li> <li>▪ Implante codlear</li> <li>▪ Lentes de contacto o exámenes*</li> <li>▪ Cirugía/Procedimientos Cosméticos *</li> <li>▪ Estimulación Cerebral Profunda</li> <li>▪ Imagen por Resonancia Magnética de Cuerpo Completo</li> <li>▪ Circuncisión Infantil Electiva</li> <li>▪ Ultrasonido Obstétrico Electivo *</li> <li>▪ Colonoscopia Virtual Electiva</li> <li>▪ Unidad de Monitoreo de Epilepsia</li> <li>▪ Pruebas Genéticas *</li> <li>▪ Aparatos Auditivos *</li> <li>▪ Fecundación In vitro para PROACT</li> <li>▪ Reemplazos de Articulaciones</li> <li>▪ Parto &amp; Nacimiento *</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Aféresis para LDL (siglas en inglés para lipoproteínas de baja densidad)</li> <li>▪ Dispositivo de Asistencia Ventricular Izquierda</li> <li>▪ Diálisis Ambulatoria *</li> <li>▪ Terapias Físicas, Ocupacionales y Respiratorias para Pacientes Ambulatorios *</li> <li>▪ Aparatos Auditivos Pediátricos (hasta los 21 años)</li> <li>▪ Implante de Pene o Testicular</li> <li>▪ Servicios de Podiatría *</li> <li>▪ Farmacia al Menudeo *</li> <li>▪ Estudios del Sueño *</li> <li>▪ Inyecciones Synvisc</li> <li>▪ Trasplantes</li> <li>▪ Evaluación de Caracterización de Tejidos por Ultrasonido</li> <li>▪ Escaneo de Caracterización de Tejidos por Ultrasonido</li> <li>▪ Reversión de Vasectomía</li> <li>▪ Control de Peso *</li> </ul> <p>Además:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Beneficiarios que rechazan su transferencia a un centro de VA</li> <li>▪ Cualquier otro procedimiento que no cumpla con los criterios de atención no electiva según lo determinado por Wake Forest Baptist Health *</li> </ul>

▪ **¿Qué pasa si necesito otra atención médica críticamente necesaria o mi plan de atención médica sobrepasa los tres meses?**

Los pacientes pueden volver a solicitar asistencia financiera.

▪ **¿Qué sucede si ya fui aprobado(a) para recibir asistencia financiera?**

La nueva política de Wake Forest Baptist tiene nuevos períodos de elegibilidad de beneficios. Todos los pacientes, excepto aquéllos referidos por la Community Clinic of High Point (que probablemente serán referidos a ubicaciones de High Point) tienen que volver a solicitar asistencia financiera a través de Wake Forest Baptist.

**Nota:** Cualquier asistencia financiera aprobada a través de la política de UNC de cuando ellos eran propietarios de High Point Regional y UNC Regional Physicians será honrada **sólo en los centros de UNC** hasta que llegue su fecha de vencimiento.

## ▪ ¿Cómo solicito/vuelvo a solicitar un descuento completo (100%)?

Para obtener un descuento del 100%, la información para Asistencia Financiera y las solicitudes (inglés y español) están disponibles en nuestro sitio web en WakeHealth.edu, en Servicio al cliente al (336)-713-4955, en el mostrador de Ingresos o en la Oficina de Cajeros, o en el mostrador de registro de cualquier clínica.

## ▪ ¿Qué información debo proporcionar para solicitar un descuento completo (100%)?

Los pacientes deben proporcionar una solicitud financiera completa y firmada, documentación y una prueba de residencia en el área de servicio de 19 condados de Wake Forest Baptist.

## ▪ ¿Cómo sabré si soy elegible para un descuento completo (100%)?

Después de recibir toda la información requerida, un(a) representante de Wake Forest Baptist Health procesará la solicitud, determinará la elegibilidad y luego se contactará con el(la) paciente/ tutor(a) legal.

## ¿Qué otras opciones de asistencia financiera están disponibles?

- Cualquier paciente que **no tiene** seguro médico que vive en los Estados Unidos **y no califica para el descuento del 100%** puede ser elegible para un descuento parcial en algunos tipos de servicio.
  - ❖ **Nota:** Los pacientes que **tienen** seguro médico no son elegibles para descuentos completos o parciales mencionados anteriormente porque las aseguradoras ya han negociado una tarifa con descuento.
- Los pacientes internacionales que viven fuera de los Estados Unidos pueden ser elegibles para un descuento parcial (50%) en algunos tipos de servicio.
- Los pacientes que **tienen o no tienen** seguro médico pueden ser elegibles para nuestro programa de préstamos del 0% de interés o planes de pago extendidos para ayudar a manejar los gastos por cuenta propia en algunos tipos de servicio.

**La información sobre todos los descuentos, préstamos o planes de pago están disponibles a través del Departamento de Asesoramiento Financiero al (336)-716-0681.**

## ¿Puede alguien explicarme el programa de asistencia financiera y ayudarme a someter una solicitud?

Sí, hay asistencia disponible en el Departamento de Asesoramiento Financiero al (336)-716-0681, y puede reunirse con un(a) Asesor(a) Financiero(a) en el campus del hospital que está visitando.