

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

▪ **¿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.

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: _____