

WYCKOFF HEIGHTS MEDICAL CENTER  
MANUAL DE PROCEDIMIENTOS Y POLÍTICAS ADMINISTRATIVAS

CODE: 5.2

CATEGORÍA:	Finanzas
ASUNTO:	Atención Caritativa / Asistencia Financiera
AUTOR:	Frank Vutrano, CFO
FECHA DE EFECTIVIDAD:	June 1, 2013
FECHA DE REVISIÓN:	_____
FIRMA DEL	_____
REVISOR:	_____

---

PÓLIZA

El Centro Médico Wyckoff Heights proporcionará Atención Caritativa a todos los pacientes que califiquen, para servicios no electivos y visitas a clínicas. La elegibilidad se basará únicamente en la capacidad de pago y no se basará en la edad, el sexo, la raza, el credo, la discapacidad, la orientación sexual o el origen nacional. La Ayuda Financiera Completa se limitará a las personas cuyo ingreso familiar no supere el 100% de las actuales pautas de la Pobreza Federal. Se otorgará una escala variable de tarifas por servicios basados en el hospital y una tarifa fija por visitas al consultorio médico a familias con recursos de hasta un 300% del nivel de pobreza. A los pacientes que reciban asistencia de caridad se les concederá un descuento porcentual por los procedimientos dentales extensos. Cuando se realice un procedimiento en la clínica. Se prestará atención especial a los pacientes con circunstancias atenuantes.

Wyckoff Heights Medical Center no cobrará a personas elegibles para atención caritativa bajo esta póliza más que las cantidades generalmente facturadas (AGB) a las personas que tienen un seguro que cubra tal cuidado. La AGB se determina sobre la base de la tasa de reembolso de Medicaid.

Las solicitudes para la atención caritativa deben ser presentadas tan pronto como sea posible, y serán aceptadas por hasta 240 días a partir de la fecha de la primera facturación después de haber recibido nuestros servicios.

El Hospital publicará ampliamente esta Póliza, publicándola en su sitio web, proporcionando copias en papel y letreros e información en sus facturas.

INFORMACIÓN ESPECIAL

La elegibilidad estará condicionada a que una persona solicite asistencia local, estatal, federal o cualquier otro seguro o asistencia de terceros.

Hay cuatro (4) grupos para la reducción de cargos que se basan en el ingreso y el tamaño de la familia. Los pacientes / garantes serán responsables de pagar un porcentaje de los cargos basados en el hospital (a menos que se otorgue una caridad al 100% para los servicios hospitalarios) o las tarifas fijas para las visitas a la Clínica:

ATENCIÓN CARITATIVA/NORMAS DE INGRESO PARA LA POBREZA

	Grupo 1	Grupo 2	Grupo 3	Grupo 4
Composición Familiar	<100%	<175%	<250%	<300%
1	\$12,060	\$21,105	\$27,135	\$36,180
2	\$16,240	\$28,420	\$36,540	\$48,720
3	\$20,420	\$35,735	\$45,945	\$61,260
4	\$24,600	\$43,050	\$55,350	\$73,800
5	\$28,780	\$50,365	\$64,755	\$86,340
6	\$32,960	\$57,680	\$74,160	\$98,880
7	\$37,140	\$64,995	\$83,565	\$111,420
8	\$41,320	\$72,310	\$92,970	\$123,960

Las unidades familiares con más de ocho miembros en la familia agregan \$ 4180 por cada persona adicional

FUENTE: Foundation for Health Coverage Education; 2017 Federal Poverty Level

Nota: Basado en la existencia de circunstancias atenuantes, el Vicepresidente de Finanzas puede aprobar la extensión de la atención caritativa, a su discreción, a los solicitantes que no califiquen según las pautas de ingresos enumeradas arriba.

Basandose en el saldo de la cantidad solicitada a ser ajustada/anulada, se debe obtener un nivel de aprobación apropiado:

Ajuste/anulación de Saldo	Aprobación Necesaria
<\$1000	Patient Access/Miembro del Equipo de Cuentas
>\$1001 to <\$4,999	Patient Access/Admin. de Cuentas
>\$5,000 to <\$9,999	Patient Access/Director de Cuentas
>\$10,000 to \$25,000	VP Presupuesto, Reembolso y Ciclo de ingresos
>\$25,001	Director Financiero

#### PROCEDIMIENTO

1. Las solicitudes deben ser hechas por el Paciente / Garante en persona o por teléfono al 718-963-7317 o al Área de Servicio al Cliente, Oficina número 1-32 de Medicaid.
2. Un miembro del personal designado entrevistará al Paciente / Garante para cualquier cobertura por parte de terceros que pagaría por el servicio.
3. Se discutirá la situación financiera del paciente y se determinará si tienen la capacidad de pagar. Si no se puede hacer un pago total del monto, se aceptarán tarjetas de crédito o un plan de pago acordado.
  - a. Si el paciente puede pagar, se establecerán expectativas de pago con el paciente para saldar la(s) cuenta (s).
  - b. Si el paciente no tiene cobertura y no puede pagar
    - i. Explique el programa de caridad y los requisitos para el paciente / garante
    - ii. Explique cuáles son los documentos requeridos que deben acompañar la solicitud - Prueba de identificación, residencia e ingresos.
    - iii. Proporcione al paciente una solicitud de Atención Caritativa y solicite que la solicitud se complete dentro de diez (10) días hábiles.
    - iv. Si hay preguntas que no han sido contestadas, programe una reunión cara a cara con el Paciente / Garante.
    - v. Informe al Paciente / Garante de que se le notificará su elegibilidad dentro de diez (10) días siguientes a la recepción de la solicitud completada y los documentos de respaldo necesarios.
4. Al recibir la solicitud, un miembro del personal designado completará la revisión.
  - a. Si la solicitud está incompleta o no ha sido recibida a quince (15) días después de la discusión:
    - i. Llame o envíe por correo una solicitud al paciente indicando que tienen noventa (90) días adicionales para completar la solicitud de Atención Caritativa o tendrán que pagar por su propia cuenta.
    - ii. Si el paciente no coopera, transfiera o deje la cuenta como pago por cuenta propia.
    - iii. Documente la actividad en el sistema Meditech
  - b. Si la solicitud está completa con toda la documentación de respaldo requerida, revise la aplicación y apruebe o niegue.
    - i. Si es aprobado, determine la cantidad de la caridad que se otorgará en base al siguiente horario y vaya al paso 5.

PROGRAMA DE CUOTAS REDUCIDAS DE ASISTENCIA FINANCIERA

HOUSEHOLD SIZE	AT OR < 100%	GREATER THAN 100%	UP TO 125%	GREATER THAN 125%	UP TO 150%	GREATER THAN 150%	UP TO 175%	GREATER THAN 175%	UP TO 200%	GREATER THAN 200%	UP TO 225%	GREATER THAN 225%	UP TO 250%	GREATER THAN 250%	UP TO 300%
1	12,060	12,060	15,075	15,075	18,090	18,090	21,105	21,105	24,120	24,120	27,135	27,135	30,150	30,150	36,180
2	16,240	16,240	20,300	20,300	24,360	24,360	28,420	28,420	32,480	32,480	36,540	36,540	40,600	40,600	48,720
3	20,420	20,420	25,525	25,525	30,630	30,630	35,735	35,735	40,840	40,840	45,945	45,945	51,050	51,050	61,260
4	24,600	24,600	30,750	30,750	36,900	36,900	43,050	43,050	49,200	49,200	55,350	55,350	61,500	61,500	73,800
5	28,780	28,780	35,975	35,975	43,170	43,170	50,365	50,365	57,560	57,560	64,755	64,755	71,950	71,950	86,340
6	32,960	32,960	41,200	41,200	49,440	49,440	57,680	57,680	65,920	65,920	74,160	74,160	82,400	82,400	98,880
7	37,140	37,140	46,425	46,425	55,710	55,710	64,995	64,995	74,280	74,280	83,565	83,565	92,850	92,850	111,420
8	41,320	41,320	51,650	51,650	61,980	61,980	72,310	72,310	82,640	82,640	92,970	92,970	103,300	103,300	123,960
EACH ADDITIONAL	4,180	4,180	5,225	5,225	6,270	6,270	7,315	7,315	8,360	8,360	9,405	9,405	10,450	10,450	12,540
Patient Liability: Lesser of Total Chgs or % of Medicare Rate	Free	10%	20%	35%	50%	60%	75%	100%							

ii. Si es negado, vaya al Paso 5.

5. Completar una Hoja de Cálculo de Solicitud de Caridad:

- a. Documente un resumen de la información/situación
- b. Si es negada, marque el formulario denegado, firme y fecha. Vaya al paso # 9b
- c. Si es aprobada:
  - i. Seleccione Nivel # para aprobación y cualquier condición que deba cumplirse
  - ii. Firma y feche la parte superior de la aplicación
- d. Si el monto está dentro de los límites de aprobación, continúe al paso 9a
- e. Si el monto sobrepasa los límites de aprobación, firme y feche el formulario, documente la actividad en Meditech y consulte al administrador correspondiente.

6. El administrador revisa la documentación y verifica que se tomaron las medidas de diligencia necesarias.

- i. Si el saldo está dentro del nivel de aprobación, regrese al miembro del equipo que completó la hoja de trabajo y continúe con el paso 9a
- ii. Si supera el nivel de aprobación del Administrador, envíelo al Director apropiado. Continúe al # 7

7. Director examina solicitud de Caridad

1. Si el saldo está dentro del nivel de aprobación, devuelva la solicitud al miembro del personal que haya completado la hoja de trabajo. Continúe al paso # 9a
11. Si el saldo es superior al nivel de aprobación, envíe al Vicepresidente de Finanzas para aprobación.

8. Si es aplicable, Vicepresidente de Finanzas revisa la solicitud de Caridad

Firme feche el formulario, regrese al Director que remitió la hoja de cálculo. Continúe con el paso # 9a.

9. Departamento de Cuentas de Pacientes recibe hoja de cálculo con firmas y determinaciones apropiadas;

- a. Si es aprobado:
  - i. Informar al paciente / garante de la aprobación y la porción estimada del saldo que el paciente será responsable y debe ser manejada antes de recibir futuros servicios.

- ii. Notificar al departamento clínico / Investigadores Financieros de la determinación de los servicios programados.
  - iii. Complete el formulario de ajuste para cualquier saldo pendiente
  - iv. Cambie clase financiera a Caridad
  - v. Documente actividad en el sistema Meditech.
  - vi. Conservar la aplicación como se indique
- b. Si se niega:
- 1. Informar al paciente /garante sobre el rechazo y trabaje con ellos para saldar la cuenta
  - ii. Notificar al departamento clínico / Investigadores Financieros de la determinación de los servicios programados
  - . iii. Documente actividad en el sistema Meditech.
  - iv. Conservar la aplicación como se indique
  - v. Cambie a pago por cuenta propia.

5. Póliza de Cobros y Acciones Extraordinarias de Cobros (ECA): Wyckoff Heights Medical Center hará todos los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad y seguirá los procesos de cobranza de acuerdo con las regulaciones 501 (r).

Las siguientes instalaciones están cubiertas por esta póliza:

Wyckoff Heights Medical Center: Atención hospitalaria, de emergencia, ambulatoria, ambulancia y práctica docente.

Los honorarios de los médicos privados no están cubiertos por nuestra política de asistencia financiera.


Adjunto:

Solicitud de Atención de Caridad

Hoja de Cálculo de Atención de Caridad

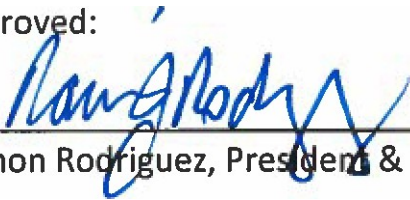
Resumen de Asistencia Financiera

Revisión de Oficina de Regulaciones/Cumplimiento:



Karen Carey, VP Servicios Regulatorios/Oficial de Cumplimiento

Approved:



Ramon Rodriguez, President & CEO



374 Stockholm Street, Brooklyn, NY 11237  
 SOLICITUD DE ATENCIÓN CARITATIVA / ASISTENCIA FINANCIERA

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Telefono: \_\_\_\_\_

Composición Familiar/No. de miembros: \_\_\_\_\_

	Ingresos del Paciente Semanal/Quincenal/Mes	Ingresos del Cónyuge Semanal/Quincenal/Mes
Salario		
Seguro Social		
Compensación de Desempleo		
Incapacidad		
Compensación a Trabajadores		
Manutención Infantil/Pensión Alimenticia		
Dividendos / intereses / alquileres		
Cualquier otro ingreso		
Total		

	BIENES del Paciente	BIENES del Cónyuge
SALDO DE CUENTA DE CHEQUE		
SALDO DE CUENTA DE AHORROS		

Afirmo que la información anterior es verdadera, completa y correcta a mi mejor conocimiento..

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Si tiene preguntas o necesita ayuda para llenar esta solicitud, llame al consultor de finanzas al 718-963-7317.

Si ha recibido una factura o facturas del hospital, marque aquí: \_\_\_\_\_

Usted no tiene que hacer ningún pago al hospital hasta que el hospital le envíe una carta con su decisión sobre su solicitud.

Envíe el formulario completo y los documentos adjuntos a:

Wyckoff Heights Medical Center  
 Financial Assistance Program, room 1-32  
 374 Stockholm Street  
 Brooklyn, NY 11237

*374 Stockholm St. Brooklyn, NY 11237*

MEDICAID DEPT. ROOM 1-32

## Documentos Necesarios para Asistencia Financiera/Atención Caritativa

### IDENTIFICACIÓN

Todos los documentos siguientes son requeridos como prueba de identificación:

- Certificado de nacimiento o pasaporte (todos los miembros de la familia)
- Licencia de conducir
- Registros de Servicio Militar (si aplica)
- Tarjeta de Seguro Social (todos los Miembros de la familia)

### RESIDENCIA

Los siguientes documentos pueden ser presentados como prueba de residencia:

- Recibo de Alquiler Actual o Carta Notarizada del Propietario Declarando la Residencia
- Cuenta corriente del teléfono, gas, cable o electricidad de la casa
- Correo reciente dirigido a un adulto de la familia - marcada por la Oficina de correos
- Carta de prueba de residencia reciente

### INGRESOS

Los siguientes documentos pueden presentarse como prueba de ingresos:

- Cuatro (4) Semanas de Ingresos o Carta del Empleador Declarando el Ingreso Bruto
- Declaraciones de Impuestos del Año más reciente
- Si es Desempleado, Carta de Ayuda más reciente o el Libro, cheque o talón del Desempleo

### ADICIONAL

- Carta al Wyckoff Heights Medical Center solicitando ayuda para pagar la factura del hospital.

Por favor traiga los documentos originales a esta oficina entre las horas de 9:00 AM  
- 4:00 PM solamente

Gracias,

---

Representante de Servicio al Cliente



## WYCKOFF HEIGHTS MEDICAL CENTER Financial Assistance Summary

Wyckoff Heights Medical Center reconoce que hay momentos en que los pacientes que necesitan atención tendrán dificultades para pagar los servicios prestados. El programa de atención caritativa / asistencia financiera del Centro Médico de Wyckoff Heights ofrece descuentos a personas calificadas en función de sus ingresos. Además, podemos ayudarlo a solicitar un seguro gratuito o de bajo costo si califica. Simplemente comuníquese con nuestro Asesor Financiero al (718) 963-7356 para obtener asistencia gratuita y confidencial.

Quien califica para un descuento?

Atención caritativa / asistencia financiera está disponible para pacientes con ingresos limitados y sin seguro de salud.

Todos en el Estado de Nueva York que necesitan servicios de emergencia pueden recibir atención y obtener un descuento si cumplen con los límites de ingresos.

Todos los que viven en los cinco condados de la ciudad de Nueva York pueden obtener un descuento en los servicios médicos necesarios que no sean emergencias en Wyckoff Heights Medical Center si cumplen con los límites de ingresos. No se le puede negar el cuidado médicamente necesario porque necesita ayuda financiera.

Cuáles son los límites de ingresos?

La cantidad del descuento varía según su ingreso y el tamaño de su familia. Si no tiene seguro de salud, estos son los límites de ingresos:

Tamaño Familia	Ingreso Familiar Anual	Ingreso Familiar Mensual	Ingreso Familiar Semanal
1	Hasta \$12,060	Hasta \$2,553	Hasta \$589
2	Hasta \$16,240	Hasta \$3,423	Hasta \$790
3	Hasta \$20,420	Hasta \$4,293	Hasta \$991
4	Hasta \$24,600	Hasta \$5,163	Hasta \$1,191
5	Hasta \$28,780	Hasta \$6,033	Hasta \$1,392
6	Hasta \$41,320	Hasta \$6,903	Hasta \$1,593

• Basado en las Guías de Pobreza Federal de 2017

Qué pasa si no cumpla los límites de ingresos??



Si no puede pagar su factura, Wyckoff Heights Medical Center ofrece un plan de pago a aquellos pacientes que cumplen con los límites de ingresos. La cantidad que usted paga depende de la cantidad de su ingreso.

¿Puede alguien explicar el descuento? ¿Puede alguien ayudarme a aplicar?

Si tenemos ayuda confidencial disponible. Llame a nuestro Departamento de Consejería Financiera al (718) 963-7356.

Si no habla inglés, alguien le ayudará en su propio idioma.

El Asesor Financiero puede referirlo a alguien que le pueda decir si califica para un seguro gratuito o de bajo costo, como Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus.

Si no califica para un seguro de bajo costo, el Consejero Financiero le ayudará a solicitar un descuento. El consejero le ayudará a llenar los formularios y le informará de los documentos que necesita suministrar.

Qué necesito para solicitar un descuento??

Deberá proporcionar prueba de ingresos de los últimos 3 meses (por ejemplo: talón de pago, declaración de impuestos) y prueba de identidad. Si no puede proporcionar ninguno de estos, todavía puede solicitar asistencia financiera.

Cuales servicios están cubiertos?

Todos los servicios médicamente necesarios proporcionados por Wyckoff Heights Medical Center están cubiertos por el descuento. Esto incluye servicios para pacientes ambulatorios, atención de emergencia y hospitalizaciones.

Los servicios cosméticos y los cargos de médicos privados que prestan servicios en el hospital no están cubiertos. Usted debe hablar con los médicos privados para ver si ellos ofrecen un plan de descuento o pago.

Cuanto tengo que pagar?

La cantidad para un servicio ambulatorio o la sala de emergencias comienza a partir de \$ 0 para niños y mujeres embarazadas, dependiendo de sus ingresos. La cantidad para el servicio ambulatorio o la sala de emergencias comienza a partir de \$ 15 para los adultos, dependiendo de sus ingresos.

Nuestro Consejero Financiero le dará los detalles sobre su (s) descuento (s) específico (s) una vez que su solicitud sea procesada.

Cómo obtengo el descuento??

Tiene que llenar el formulario de solicitud. Tan pronto como tengamos una prueba de sus ingresos, podemos procesar su solicitud para un descuento de acuerdo a su nivel de ingresos.

Puede solicitar un descuento antes de hacer una cita, cuando vaya al hospital para recibir atención médica o cuando reciba la factura por correo.

Envíe el formulario completo al Departamento de Admisiones de Wyckoff Heights Medical Center, 374 Stockholm Street, Brooklyn, Nueva York 11237. Usted tiene hasta 90 días después de recibir los servicios para presentar la solicitud.

Cómo sabré si califico para el programa?

Wyckoff Heights Medical Center le enviará una carta dentro de los 30 días posteriores a la finalización y presentación de la documentación, informándole si ha sido aprobado y el nivel de descuento recibido.

Qué sucede si recibo una factura mientras espero la aprobación?

No se le puede exigir que pague una factura del hospital mientras se está considerando su solicitud de descuento. Si su solicitud es rechazada, el hospital debe decirle por qué por escrito y debe proporcionarle una manera de apelar esta decisión a un nivel más alto dentro del hospital.

Qué pasa si tengo un problema que no puedo resolver con el hospital?

Puede llamar a la línea directa de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5447.