

Policy Number EW38CS	
Date Established: 08/25/2015	Date Revised 3/2025
Authorized By: <i>Dixie Hudson</i>	

POLÍTICA DE SERVICIOS FINANCIEROS PARA PACIENTES

ASUNTO: FACTURACIÓN Y COBROS

PROPÓSITO:

La póliza de WellSpan Health, junto con su Póliza de Asistencia Financiera (FAP), su Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS) y su póliza de Facturación y Cobro, será cumplir con los requisitos de las leyes federales, estatales y locales aplicables, incluyendo, sin limitaciones, la sección 501(r) del Código de Rentas Internas de 1986, en su versión modificada, y las regulaciones correspondientes. Esta póliza establece las acciones que pueden tomarse en caso de incumplimiento de pago del cuidado médico proporcionado por WellSpan Health, incluyendo acciones de cobro y reporte a agencias de crédito. Los principios que guían esta póliza son tratar a todos los pacientes y personas responsables por igual, con dignidad y respeto, y asegurar que se sigan de manera uniforme los procedimientos apropiados de facturación y cobro, y que se hagan esfuerzos razonables para determinar si el paciente o la persona responsable del pago de la totalidad o parte de la cuenta del paciente es elegible para recibir asistencia bajo la póliza de Asistencia Financiera de WellSpan.

PÓLIZA:

1. Notificación durante la registracion y el alta

- a. Como parte del proceso de registro o alta del paciente, a todos los pacientes se les ofrecerá un Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS) de la Póliza de Asistencia Financiera. Las formas de solicitud estarán disponibles tanto en papel como en formato electrónico para recibir asistencia financiera en el marco del FAP.

2. Facturación a terceros pagadores

- a. Es responsabilidad del paciente presentar la información del seguro médico en el momento del ingreso, el registro, la autorización previa o el descargo de cualquier tercero pagador disponible para pagar los servicios. WellSpan Health intentará facturar a todos los pagos de terceros por los servicios prestados. El paciente es responsable de asegurarse de que WellSpan Health y todos los médicos que prestan servicios estén dentro de la red.

Si WellSpan Health está fuera de la red con la tercera parte pagadora, el paciente será responsable de los cargos fuera de la red, incluyendo coseguros, copagos, deducibles y saldos adicionales por estar fuera de la red que se facturarán al paciente. WellSpan Health no participa en planes de salud de precios basados en referencias fuera de la red.

3. Estados de cuenta

- a. Se enviarán por correo un mínimo de tres estados de cuenta a la última dirección conocida de cada uno de los garantes. No es necesario enviar estados de cuenta adicionales después de que un garante haya completado una solicitud de asistencia financiera en cumplimiento de la FAP o haya pagado la totalidad de la deuda. El período de estado de cuenta será de 120 días a partir del primer estado de cuenta después del alta. Es obligación del garante proporcionar una dirección postal correcta al momento

de la prestación del servicio o al mudarse. Si una cuenta no tiene una dirección válida, se habrá tomado la determinación de «esfuerzo razonable» tal como se define en el artículo 501(r) del IRS.

- b. Todos los estados de cuenta de pacientes privados incluirán:
 - i. Un resumen exacto de todos los servicios cubiertos por la declaración
 - ii. Los cargos por dichos servicios; (los detalles de los cargos se proporcionarán a petición)
 - iii. Un aviso escrito visible que notifique e informe a la persona responsable sobre la disponibilidad de Asistencia Financiera bajo la FAP, incluyendo el número de teléfono del departamento y la dirección directa del sitio de internet donde se pueden obtener copias de los documentos.

La cantidad que debe pagar el garante.

- c. Port lo menos uno de los estados de cuenta, normalmente el estado de cuenta final incluirá un aviso por escrito que informe al garante sobre la colocación de la cuenta en una agencia de colección de cobro si el garante no solicita asistencia financiera bajo el FAP o no paga el monto adeudado antes de la fecha límite de facturación. Dicha declaración debe proporcionarse al garante al menos 30 días antes de la fecha de vencimiento especificada en la declaración. Un Resumen en Lenguaje Sencillo (PLS, por sus siglas en inglés) acompañará a esta declaración.

4. Notificación verbal

- a. Antes de colocar la cuenta en una agencia de colección de cobro, se intentará contactar verbalmente con el (los) garante(s) por teléfono al último número de teléfono conocido, si lo hubiera, al menos una vez durante la serie de estados de cuenta enviados por correo o correo electrónico
- si la cuenta sigue sin pagar. Durante todas las conversaciones, el garante será informado sobre la asistencia financiera que puede estar disponible bajo el FAP.

5. Proceso de Solicitudes de Asistencia Financiera Incompletas

- a. Si algún garante presenta una solicitud incompleta de asistencia financiera bajo el FAP antes de la fecha límite de solicitud (240 días a partir de la primera declaración posterior al alta), se completarán los siguientes pasos:
 - i. Si procede, la cuenta se mantendrá en espera para enviarla a la agencia de colección de cobros. (Véase la sección 12 para más detalles)
 - ii. WellSpan proporcionará al garante un aviso por escrito en el que se describa la información o documentación adicional requerida en virtud de la FAP para completar la solicitud de asistencia financiera. El aviso indicará un plazo de 30 días en el que los Servicios Financieros para Pacientes (PFS) deberán recibir la información. Además, la notificación escrita contendrá información sobre la asignación de la cuenta a la agencia de colección de cobro si la solicitud no se completa y el saldo no se paga.
 - iii. La notificación incluirá una copia del resumen en lenguaje sencillo de la FAP.
 - iv. Si el garante que ha presentado la solicitud incompleta completa la solicitud de asistencia financiera, y PFS determina definitivamente que la persona responsable no es elegible para recibir ninguna asistencia financiera en virtud de la FAP:

1. Se le notificará la decisión al garante
2. WellSpan Health puede reanudar los esfuerzos de cobro o enviar la cuenta a una agencia de colección de cobro siempre y cuando se haya completado el aviso previo por escrito de 30

días y se haya cumplido el período de 120 días después del primer estado de cuenta posterior al alta.

v. En caso de que el garante que haya presentado la solicitud incompleta complete la solicitud de asistencia financiera y PFS determine que el garante es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP

1. Se aplicará el descuento de asistencia financiera correspondiente al saldo de la cuenta.
2. Se notificará al garante la determinación junto con cualquier cantidad que quede pendiente de pago por parte del garante.
3. Se tomarán todas las medidas razonables que disponibles para eliminar la cuenta aprobada de las agencias de cobro.

6. Proceso de solicitudes de asistencia financiera completadas

- a. Si algún garante presenta una solicitud completa de asistencia financiera en virtud de la FAP antes de la fecha límite de solicitud (240 días a partir del primer extracto posterior al alta), se completarán los siguientes pasos:
 - i. Si procede, se suspenderán las gestiones de cobro. (Consulte la sección 8 para obtener más información)
 - ii. Se aplicará el descuento de asistencia financiera correspondiente al saldo de la cuenta.
 - iii. Se notificará al garante la resolución junto con cualquier cantidad que quede pendiente de pago por parte del garante.

7. Descuento para ingresos entre el 351 y el 400 % del FPL

- a. Los pacientes/garantes que completen una solicitud de asistencia financiera cuyos ingresos brutos se encuentren entre el 351 y el 400 % del nivel de FPL y cumplan con todos los demás requisitos de asistencia financiera serán elegibles para un descuento del 40 % de los saldos de pago por cuenta propia.

# de Familia Miembros	351% y 400% (40% de descuento)
1	\$62,600
2	\$84,600
3	\$106,600
4	\$128,600
5	\$150,600
6	\$172,600
7	\$194,600
8	\$216,600

Para familias con más de ocho miembros, agregue \$5,500 por cada miembro adicional.

Directrices sobre activos líquidos

1 individual - Límite de activos de \$25,000

Pareja - Límite de activos de \$30,000

Los ajustes serán realizados utilizando el código Epic: 9238

8. WellSpan York Hospital Dental Center / Centro Dental Hoodner Escala móvil de tarifas para pacientes elegibles

- a. Los pacientes del Centro Dental WellSpan York Hospital y del Centro Dental Hoodner recibirán descuentos en las siguientes categorías, como se describe en la Escala Móvil de Servicios Dentales de Tarifas en función de su FPL después de completar y aprobar la solicitud de Asistencia Financiera.

Categoría I: Pacientes cuyos ingresos son menores o iguales al 300% de la Guía Federal de Pobreza

Categoría II: Pacientes entre el 301% y el 350% de la Directriz Federal de Pobreza

Categoría III: Pacientes entre el 351% y el 400% de la Directriz Federal de Pobreza

Los ajustes serán realizados utilizando el código Epic: 9239

Categoría IV: Los pacientes con un 401% de nivel de pobreza o más no califican para recibir asistencia financiera. Sin embargo, todos los pacientes sin seguro califican para un descuento del 20% "sin seguro", independientemente de sus ingresos.

TABLA DE TARIFAS VARIABLES -SERVICIOS DENTALES

Tipos de procedimientos	Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categoría IV
<i>Procedimientos generales (preventivos, restauradores básicos, endodoncias y extracciones)</i>	descuento de 70%	descuento de 40%	descuento de 30%	Sin seguro 20% de descuento disponible
<i>Procedimientos con costos de laboratorio (coronas, dentaduras postizas, puentes, etc.)</i>	descuento de 50%	descuento de 40%	descuento de 30%	
<i>Procedimientos estéticos e implantes dentales</i>	No hay descuentos disponibles			

9. Centro Oftalmológico WellSpan

TABLA DE TARIFAS VARIABLES: SERVICIOS MÉDICOS DE LA VISTA

Tipos de procedimientos	Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categoría IV
<i>Todos los honorarios de profesionales médicos, incluidas las pruebas especiales</i>	100%	descuento de 70%	descuento de 40%	Sin seguro 20% de descuento disponible

<i>Todo medicamento necesario Procedimientos y pruebas con Costos de laboratorio</i>	descuento de 50%	descuento de 40%	descuento de 30%	
----------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	---------------------	---------------------	--

TABLA DE TARIFAS VARIABLES: SERVICIOS DE VISIÓN DE RUTINA

Tipos de procedimientos	Categoría I	Categoría II	Categoría III	Categoría IV
<i>Exámenes de la vista rutinarios con refracciones oculares</i>	descuento de 70%	descuento de 40%	descuento de 30%	Sin seguro 20% de descuento disponible
<i>Procedimientos de rutina con costos de laboratorio</i>	descuento de 50% discount	descuento de 40% discount	descuento de 30% discount	
<i>Monturas y lentes *</i>	descuento de 50%	descuento de 40%	descuento de 30%	Sin seguro 20% de descuento disponible
<i>Lentes de contacto *</i>	Sin seguro 20% de descuento disponible			

***Tenga en cuenta:** Las monturas, lentes de contacto están excluidos de los descuentos cuando se usan en combinación con otros planes de seguro y / u otros descuentos.

10. Aprobación única de asistencia financiera para pacientes fuera de nuestra área de servicio o no ciudadanos que ya no residen en nuestra área de servicio

Los pacientes que residen fuera de nuestra área de servicio y reciben servicios por emergencias inesperados serán elegibles para solicitar la Asistencia Financiera de WellSpan solo para los servicios de emergencias. Los pacientes deben cumplir con todos los requisitos del proceso de Asistencia Financiera MAP118. Si se aprueba, la elegibilidad solo se ofrecerá para la fecha del servicio emergente.

- a. Los pacientes que no son ciudadanos y que ya no residen en nuestra área de servicio serán elegibles para solicitar la Asistencia Financiera de WellSpan solo para servicios por emergencias inesperadas. Los pacientes deben cumplir con los requisitos del proceso de Asistencia Financiera MAP118. Si se aprueba, la elegibilidad solo se ofrecerá para la fecha de los servicios de emergencia.

11. Período retroactivo extendido

- a. Para las fechas de servicio en cuentas por cobrar activas más allá de nuestro período retroactivo de Asistencia Financiera (un año antes de la fecha de determinación), WellSpan ajustará el saldo actual adeudado al porcentaje aprobado (100%, 70%, 40%). WellSpan no reembolsará ningún pago de las cuentas con descuento.

Los ajustes se realizarán mediante el código Epic: 9271

12. Descuento por pago por cuenta propia (sin seguro)

- a. Todos los pacientes sin seguro calificarán para un descuento del 20% sin seguro, independientemente de sus ingresos.

Los ajustes se realizarán mediante el código Epic: 5023

13. Presunta organización benéfica

Cuando se determine que el garante no es elegible para el nivel más alto de asistencia:

- i. Se notificará al paciente sobre la base para la determinación de la presunta elegibilidad.
- ii. Se proporcionará información sobre cómo solicitar una asistencia más generosa en el marco del FAP.
- iii. Se describe el período de tiempo que el garante tiene para proporcionar la información solicitada antes de iniciar los esfuerzos de cobranza.

14. Iniciar acciones extraordinarias de cobranza

- a. WellSpan Health no participará en Actos Extraordinarios de Cobro (ECA), ya sea directamente o a través de cualquier agencia de colección de cobro de deudas u otra parte a la que el hospital haya remitido la deuda del paciente.

15. Disponibilidad de la póliza

Comuníquese con el Servicio al Cliente de WellSpan al (717)851-5051 o al (866)803-5337 para obtener información sobre la elegibilidad o los programas que pueden estar disponibles para usted, para solicitar que se le envíe por correo una copia del Resumen en Lenguaje Sencillo, FAP, FAP o Política de Cobro, o si necesita una copia del Resumen en Lenguaje Sencillo, FAP, Formulario de solicitud de FAP, o Póliza de Cobro traducida al español. Divulgación completa del Resumen en Lenguaje Sencillo,

FAP, el formulario de solicitud de FAP o la póliza de colección se pueden encontrar en www.wellspan.org. En todas nuestras instalaciones se puede obtener una copia impresa de nuestro Resumen en Lenguaje Sencillo, FAP, formulario de solicitud de FAP o Póliza de Colección.

DEFINICIONES:

El Resumen en lenguaje sencillo (PLS) es una declaración escrita que notifica a una persona que WellSpan ofrece asistencia financiera en virtud de la FAP para servicios de hospitalización y ambulatorios y contiene la información necesaria para que una persona solicite asistencia financiera.

Período de solicitud significa el período durante el cual WellSpan Health debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera en conformidad con la FAP. El período de solicitud comienza en la fecha en que se brinda la atención y finaliza en el día número 240 después de que WellSpan Health proporciona el primer estado de cuenta.

La **fecha límite de facturación** es la fecha después de la cual WellSpan Health puede enviar una cuenta a cobros debido a que un garante no presentó una solicitud de asistencia financiera bajo la FAP. La fecha límite de facturación se especifica en un aviso por escrito al garante y se proporciona al menos 30 días antes de dicha fecha límite, pero no antes del último día de los 120 días posteriores a la fecha de alta.

Plazo de finalización significa la fecha después de la cual WellSpan Health puede iniciar o reanudar la actividad de cobro contra un garante que haya presentado una FAP incompleta si esa persona no ha proporcionado la información y/o documentación faltante necesaria para completar la solicitud. El plazo de finalización se especificará en un aviso por escrito y no será anterior a la última de las siguientes fechas: 1) 30 días después de que WellSpan Health entregue el aviso al garante; o 2) último día del Período de Solicitud.

Por acción de cobro extraordinaria (ECA, por sus siglas en inglés) se entiende cualquier acción contra una persona responsable de una factura y que requiera un proceso legal o judicial o la comunicación de información adversa sobre el garante a agencias de información crediticia/agencias de crédito.

Persona elegible para la FAP: un garante es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la FAP, independientemente de si la persona ha solicitado asistencia.

Política de asistencia financiera (FAP): el Programa de asistencia financiera de WellSpan Health, que incluye los criterios de elegibilidad, la base para calcular los cargos, el método para aplicar la póliza y las medidas para publicitar la poliza, y establece el programa de asistencia financiera y las pautas de ingresos.

Período de notificación significa el período durante el cual WellSpan Health debe notificar a un garante sobre su FAP para haber realizado esfuerzos razonables para determinar si el garante es elegible para la FAP. El Período de notificación comienza en la primera fecha en que se brinda atención a la persona y finaliza el día 120 después de que WellSpan Health le proporcionó al garante el primer estado de cuenta por la atención.

Servicios Financieros para Pacientes (PFS) se refiere a la unidad operativa de WellSpan Health responsable de facturar y cobrar cuentas de pago particular.

Garante se refiere al paciente y a cualquier otra persona que tenga responsabilidad financiera por una cuenta de pago particular. Puede haber más de un garante.

Cuenta de pago por cuenta propia significa la parte de la cuenta de un paciente que es responsabilidad individual del paciente u otro garante, neta de la aplicación de los pagos realizados por cualquier seguro médico disponible u otro tercero pagador (incluyendo copagos, coseguros y deducibles, y cantidad neta de cualquier reducción o cancelación realizada con respecto a dicha cuenta del paciente después de la aplicación del Programa de Asistencia FAP, según corresponda).