

Main Line Health y Subsidiarios**No. de la póliza VI. 6****Fecha eficaz: 1 de Diciembre de 2005****Fecha eficaz revisada: 12 de Marzo de 2009****Fecha eficaz revisada: 1 de Mayo de 2010****Fecha eficaz revisada: 18 de Abril de 2011****Fecha eficaz revisada: 26 de Enero de 2012****Fecha eficaz revisada: 1 de Junio de 2012****Fecha eficaz revisada: 1 de Febrero de 2013****Fecha eficaz revisada: 29 de Enero de 2014****Fecha eficaz revisada: 2 de Febrero de 2015****Nombre de Póliza: Ayuda de Caridad y Asistencia Financiera**

Póliza: Main Line Health (MLH) considera la habilidad de poder pagar servicios médicos de cada paciente, y está comprometido a tratar a los pacientes que tienen necesidad financiera con la misma dignidad y consideración que se le es dada a todos los pacientes. Con esta póliza, MLH establece los procedimientos de ayuda económica que son obedientes con las leyes federales, estatales y locales.

Propósito de la Póliza: Esta póliza cubrirá servicios medicamenté necesarios proporcionados por Main Line Health y no incluye médicos que no son empleados de MLH o servicios proporcionados por vendedores exteriores. Los Hospitales Main Line están comprometidos a tratar pacientes con dolencias de emergencia sin importar su capacidad de pagar.

No es la intención de esta póliza ofrecer cuidado médico gratuito o con descuento a los pacientes que tienen seguro médico con altos deducibles o co-pagos, al menos que de otra manera califique para la asistencia financiera bajo esta póliza. Cualquier persona que no tenga seguro y no tiene la habilidad de pagar todo o parte de su responsabilidad financiera al hospital de Main Line Health por MLH servicios proporcionados. Pacientes que están recibiendo servicios electivos cosméticos o cirugía plástica no son elegibles.

Definiciones:

Ayuda de Caridad significa la habilidad de recibir cuidado médico gratuito. Pacientes que no tienen seguro médico que reciban servicio relevante, medicamento necesario, que no sea elegible para la cobertura de seguro gubernamental, y que tiene ingresos familiares no excediendo 200% del nivel Federal de Pobreza será elegible a recibir cuidado gratuito. (Vea el Horario A)

Presunto Caridad cuidado: La determinación que la paciente es presunto elegible para caridad cuidado basado en financiera y historico eliminatorias.

Asistencia Financiera significa la habilidad de recibir cuidado a una tarifa descontada. Pacientes que no tienen seguro médico que reciban servicio relevante, medicamento necesario, que no sea elegible para la cobertura de seguro gubernamental, y que tiene

ingresos familiares en exceso de 200%, pero no excediendo 500%, del nivel Federal de Pobreza será elegible a recibir Ayuda Financiera en la forma de un descuento parcial de los cargos. (Vea el Horario A)

El Paciente sin Seguro significa a un individuo que no tiene seguro médico de un tercer-partido con (a) un tercer partido de seguro, (b) un plan de ERISA, (c) el programa federal del cuidado médico (incluyendo sin limitación Medicare, Medicaid, SCHIP, y TRICARE), (d) Compensación del Trabajador, Cuenta de Ahorro Médico u otra cobertura sea enteramente o parcialmente del cobro, incluyendo reclamos contra tercer-partidos cubiertos por seguro al cual la entidad MLH es subrogada , pero solamente si el pago es hecho por tal compañía de seguro.

El Programa Federal del Cuidado Médico significa cualquier programa de cuidado médico operado y financiado en parte por el gobierno federal, estatal o local

Procedimiento:

Elegibilidad:

Cualquier persona que no tenga seguro y no tiene la habilidad de pagar todo o parte de su responsabilidad financiera al hospital de Main Line Health por MLH servicios proporcionados. Pacientes que están recibiendo servicios electivos cosméticos o cirugía plástica no son elegibles.

Determinación de Elegibilidad:

Servicios al Paciente Internado: Una vez que el paciente sea identificado no tener seguro médico, el personal del MLH le dará al paciente la aplicación de MLH Ayuda de Caridad y Asistencia Financiera. El paciente sin seguro médico debe de completar la aplicación para asistencia financiera. Alguna o toda la documentación financiera alistada abajo será requerida para ser considerado.

Servicios al Paciente No Internado: Pacientes sin seguro médico que haiga recibido servicios se les dará la aplicación de MLH Ayuda de Caridad y Asistencia Financiera. El paciente sin seguro médico debe de completar y firmar la forma de "Atestiguación de no tener seguro médico" para Caridad y Asistencia Financiera (Vea el horario B). Sera requerido que el paciente someter documentación financiera alistada abajo.

Pacientes que tienen seguro médico por medio de un póliza de bajos recursos por ejemplo Blue Cross Blue Shield y/o haiga recibido servicios de parte de clínicas locales con relaciones establecidas con Main Line Health serán declaradas elegibles para MLH Ayuda de Caridad y Asistencia Financiera dependiendo a la tabla financiera A. El paciente será requerido someter documentación financiera alistada abajo.

- Carta de Negación de Asistencia Medical de parte del Estado de Pennsylvania y/o Servicios del Condado para Pacientes internados
- Declaración de Impuestos del año más reciente archivado
- Prueba de sueldo y Adjusted Gross Income por ejemplo:

- Talones de cheque de los últimos seis (6) periodos de pago
- W-2 Declaración de retención
- Talones de Seguro Social, recibos, o depósitos
- Extractos de cuenta bancaria- Ahorros y Chequera
- Cualquier otra documentación que pueda servir como prueba en determinar elegibilidad para Ayuda de Caridad o Asistencia Financiera

Los recursos financieros de un padre o guardián serán considerados en determinar la elegibilidad del paciente que es dependiente del padre o guardián para ayuda financiera.

Participación:

La completa aplicación MLH Ayuda de Caridad o Asistencia Financiera será remitido al departamento Financiero al Paciente Main Line Health. Cuando la aplicación de Ayuda de Caridad o Asistencia Financiera sea recibida el personaje repasara y determinara (Por medio de la hoja de trabajo Ayuda de Caridad o Asistencia Financiera) si la aplicación está completa y si los documentos comprueban Ayuda de Caridad o Asistencia Financiera.

Si los ingresos del paciente son menos del 200% del nivel Federal de Pobreza y el paciente probé la documentación determinada por el departamento de departamento Financiero al Paciente Main Line Health, el paciente será elegible a recibir 100% de Ayuda de Caridad.

Para los pacientes que se les a extendido Asistencia Financiera en la forma de un descuento parcial debe de firma un acuerdo para pagar el balance restante después que el descuento haiga sido aplicado. Los descuentos parciales de La Asistencia Financiera se disponen en el Honorario A. El paciente recibirá un cobro demostrando los cargos, la cantidad de descuento y el balance debido. Médicos que no son empleados y otros servicios proporcionados por vendedores exteriores no son cubiertos por esta póliza y pacientes que buscan un descuento para tales servicios serán dirigidos llamar al Médico o al vendedor exterior directamente.

Para los pacientes que no proporcionan la información requerida y necesaria para completar y eficazmente para acceder su situación financiera y/o que o coopere con los esfuerzos para asegurar cuidado médico gubernamental no serán elegibles para el cuidado o Ayuda de Caridad o Asistencia Financiera. Sin embargo, en circunstancias normales tal cooperación no debe ser una precondition para recibir tratamiento medicamento necesario, especialmente cuidado de emergencia.

Pacientes sin seguro será elegibles para un descuento basado en los requisitos siguientes:

- Para todos los servicios que requieren Internación y que son No-Elegibles un descuento de 60% de los cargos totales serán aplicados

- Para todos los servicios que requieren Internación y que son Elegibles un descuento de 40% de los cargos totales serán aplicados
- Los servicios del Departamento de Emergencia, aquellos tratados y dados de alta, un descuento mínimo de 40% de los cargos totales serán aplicados con un máxima labilidad al paciente de \$1,000.00
- El resto de los Servicios Medicamente Necesarios al Paciente No Internado un descuento de 40% de los cargos totales será aplicado.
- El paciente debe de completar y firmar la forma de “Atestiguación de no tener seguro médico” a la hora de servicio
- Para pacientes Internados que son No-Elegibles y Elegibles es requerido solicitar Asistencia Estatal Medica.

Aplicaciones fuera de estos requisitos serán aprobadas basadas en circunstancias extraordinarias con la aprobación del Director de Contabilidad de Pacientes.

El cobro de los balances debidos por los pacientes recibiendo Ayuda Financiera será manejado conforme a la póliza Financiera de Cobros de MLH.

Las instrucciones en cómo aplicar o para obtener más información sobre la póliza de Ayuda de Caridad o Asistencia Financiera serán puestas en las áreas públicas dominantes en MLH donde los pacientes se presentan para servicios. En adición esta póliza estará disponible en español y estará en la página de internet de MLH.

Calculo de Responsabilidad Financiera y Nota de Excepción:

El personal de MLH calculara la labilidad financiera de un paciente sin seguro basado en los ingresos familiares del paciente no asegurado y en el tamaño de su familia. El personal usara la hoja de trabajo Ayuda de Caridad o Asistencia Financiera (Honorario A) cuando calculen la labilidad financiera del paciente sin seguro médico.

Se reconoce que hay un pequeño porcentaje de la población de pacientes sin seguro que tienen activos substanciales y que fácilmente podrían pagar por sus servicios médicos, pero que, por tener una excepción de impuestos o de otra forma, esos ingresos no son reflejados en su declaración de impuestos. No es la intención de esta póliza aplicarse a esta porción de la población de pacientes sin seguro.

Horario A

Main Line Health - Tabla de Ayuda de Caridad y Asistencia Financiera**

Para solicitar Ayuda de Caridad y Asistencia Financiera, el paciente debe completar la aplicación de Ayuda de Caridad y Asistencia Financiera con las pruebas de ingresos. Las pautas de pobreza son eficaces el 22 de Enero de 2015.

Tamaño de la unidad de familia	2x FPL	3x FPL	5xFPL
	100 % Cuidado Gratuito	75% Descuento	70% Descuento
1	\$ 23,340	\$ 35,010	\$ 58,850
2	\$ 31,460	\$ 47,190	\$ 79,650
3	\$ 39,580	\$ 59,370	\$ 100,450
4	\$ 47,700	\$ 71,550	\$ 121,250
5	\$ 55,820	\$ 83,730	\$ 142,050
6	\$ 63,940	\$ 95,910	\$ 162,850
7	\$ 72,060	\$ 108,090	\$ 183,650
8	\$ 80,180	\$ 120,270	\$ 204,450
Por cada miembro adicional después de 9 agregue:	\$ 8,120	\$ 12,180	\$ 20,800

Ejemplos:

La unidad de familia de 1 con ingresos anuales de \$20,000 recibe un descuento del 100%.

La unidad de familia de 5 con ingresos anuales de \$80,000 recibe un descuento del 75%.

La unidad de familia de 4 con ingresos anuales de \$90,000 recibe un descuento del 70%.

La unidad de familia de 7 con ingresos anuales de \$170,000 recibe un descuento del 70%.

* Esta tabla será ajustada de acuerdo con cambios anualmente lanzados a las pautas federales de pobreza.

Horario B
MAIN LINE HEALTH - AYUDA DE CARIDAD Y ASISTENCIA FINANCIERA
ATESTIGUACIÓN DE NO TENER SEGURO MEDICO



Main Line Health
Well ahead.™

FACILIDAD: _____ NÚMERO DE PACIENTE: _____

APELLIDO: _____ NOMBRE: _____ I.M. _____

DIRECCIÓN: _____ CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____

ÚLTIMOS CUATRO DÍGITOS DE SEGURO SOCIAL: _____ FECHA DEL SERVICIO: _____

Certifico por este medio que estoy actualmente sin seguro y no tengo la capacidad de pagar el tratamiento de hospital y u otros servicios que incluyen pero no limitados al laboratorio, a la radiología, al etc la fecha indicada arriba.

Iniciales: _____

Entiendo que firmando este documento, estoy solicitando el cuidado de la caridad y o la otra ayuda económica.

Iniciales: _____

Si alguna información que haya dado demuestra ser falsa, entiendo que el hospital o la otra entidad de la línea principal salud, puede evaluar de nuevo mi estado financiero y puedo ser obligado a pagar los cargos

Iniciales: _____

La Fecha Pasada De Empleo: _____ Tamaño de la unidad de familia: __ Ingresos anuales de la familia: _____

Certifico la información antedicha soy verdad y completo. Entiendo que la falsificación voluntariosa de la información contenida en este uso dará lugar a la negación de la Ayuda de Caridad y Asistencia Financiera.

Firma Paciente

Fecha

Nombre Impreso

Si usted tiene preguntas, favor de comunicarse con la oficina de negocio de MLH a: 484.829.6060

NEGACIÓN

Main Line Health reserva el derecho de pedir la información tal como los talones de cheque, las declaraciones de impuestos, estados de cuenta bancarios, el Seguro Social, la pensión y/o la otra información financiera juzgada apropiados determinar la calificación para la ayuda.