

	NÚMERO DE LA PÓLIZA
	FECHA ORIGINAL: 10/2015 FECHA MODIFICACIÓN: 12/14/2015 (borrador) FECHA DE LA REVISIÓN:
ASUNTO: Política de Asistencia Financiera y de Cobros	PARTICIPACIÓN:
INICIADOR: Jennifer Indiviglio (Directora Sénior de Ciclo de Ingresos)  APROBADO:	Página 1 de 17

**Asunto:**

Asistencia financiera y Política de cobro (FAP, por sus siglas en inglés)

**Finalidad:**

White Plains Hospital Center tiene como objetivo proporcionar atención de alta calidad a todos sus pacientes. Nos comprometemos a atender a todos los pacientes, incluyendo aquellos de nuestra área de servicio que carezcan de cobertura de seguro de salud que no puedan pagar por la totalidad o parte de la atención básica que reciben en White Plains Hospital Center. Nos comprometemos a tratar a todos los pacientes con compasión, desde el pie de la cama a la oficina de facturación, incluso esforzándonos en la recolección de pagos. Además, tenemos un compromiso con la defensa de un mayor acceso a la cobertura sanitaria de todos los neoyorquinos.

White Plains Hospital Center se compromete a mantener esta Política de Asistencia Financiera (FAP), coherente con su misión y valores, que tiene en cuenta la capacidad del individuo para pagar los servicios de atención sanitaria médicamente necesarios. Tras su aprobación por la Junta del Hospital, esta constituirá la Política de Asistencia Financiera oficial (conforme al significado de la Sección 501(r) del Internal Revenue Code [Código de Rentas Internas] de 1986, según enmienda, Sección 1.501(r) de las regulaciones del Internal Revenue Service [Servicio de Rentas Internas] promulgadas bajo la New York Public Health Law [Ley de Salud Pública de Nueva York]) del Hospital.

**Definiciones:**

1. Cantidades Facturadas Generalmente (AGB, por sus siglas en inglés) hace referencia a las cantidades facturadas generalmente por los Servicios Cubiertos prestados a personas que tienen seguro de salud. El Hospital toma un porcentaje de los cargos brutos (el porcentaje AGB) y ha optado por utilizar el método "retrospectivo" para determinar las CFG. Normalmente, al calcular el porcentaje de las AGB según el método de revisión retrospectiva, el Hospital debe incluir las reclamaciones admitidas durante los 12 meses anteriores por: (a) pago por servicio de Medicare; (b) pago por el servicio y todas las

aseguradoras de salud privadas que pagan las reclamaciones en un centro hospitalario de Medicare; o (c) Medicaid, ya sea solo o en combinación con el pago por servicio de Medicare o el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan las reclamaciones en un centro hospitalario de Medicare. Consulte las tablas en el Anexo A de la presente Política para más información o póngase en contacto con un asesor financiero en el (914) 681-1004.

2. Se entiende por Plazo de Solicitud el período durante el cual el hospital debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera en el marco de la FAP. El Plazo de Solicitud comienza en la fecha en que se presta la atención médica y termina 240 días después de que el hospital proporcione la primera factura después del alta.
3. La Fecha Límite de Facturación es la fecha después de la cual el hospital podrá iniciar una ECA (según se define más abajo) contra una Persona Responsable (según se define más abajo) que no presentó una solicitud de asistencia financiera en el marco de la FAP. La Fecha Límite de Facturación debe especificarse en una notificación por escrito a la persona responsable al menos 30 días antes de dicha fecha límite.
4. Servicios Cubiertos se refiere a la atención médica de urgencia u otros servicios médicamente necesarios prestados a pacientes hospitalizados y externos. Los pacientes que residen en el estado de Nueva York que necesiten servicios de urgencia pueden recibir atención y un descuento si cumplen con ciertos niveles de ingresos, como se describe a continuación. Los pacientes que residen en Bronx, Orange, Putnam, Rockland y Westchester pueden tener derecho a un descuento en, servicios Médicamente Necesarios no urgentes si cumplen con ciertos niveles de ingresos descritos más adelante.
5. Urgencia indica una afección que ha resultado de la aparición repentina de un problema de salud con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor agudo) que, en ausencia de atención médica inmediata, tengan una probabilidad razonable de colocar la salud del paciente en grave peligro o causen un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
6. Atención Médica de Urgencia se refiere a la atención médica necesaria que se proporciona a una persona en las Urgencias de conformidad con la Emergency Medical Treatment and Labor Act [Ley de Tratamiento Médico de Urgencia y Trabajo], en la sección 1867 de la Social Security Act [Ley de Seguridad Social] (42 USC 1395dd), independientemente de su elegibilidad para recibir Ayuda Financiera bajo esta política. Más concretamente, la Atención Médica de Urgencia se refiere a los servicios que se deben proveer en virtud de la sección G del capítulo IV del Título 42 del Code of Federal Regulations and Treas [Código de Regulaciones Federales y del Tesoro]. Reg. § 1.501(r)-4(c) (o cualquier regulación posterior), en la medida en que estas sean aplicables al Hospital.
7. Acción extraordinaria de cobro (ECA, por sus siglas en inglés) hace referencia a las medidas adoptadas por el Hospital en contra de un individuo en relación a la obtención de pago de una factura por la atención cubierta bajo esta FAP.

8. Persona Elegible según la FAP significa una persona elegible para recibir asistencia financiera bajo esta Política sin tener en cuenta si el individuo la ha solicitado o no.
9. Hospital significa White Plains Hospital Center y sus entidades vinculadas (sin incluir las siguientes corporaciones profesionales cautivas: Cancer & Blood Medical Services of NY, PC; Scarsdale Medical Group, PC y White Plains Medical Diagnostics, PC).
10. Medicamento Necesario significa aquellos servicios necesarios para prevenir, diagnosticar, corregir o curar las afecciones que causan sufrimiento agudo a una persona; ponen en peligro la vida; provocan una enfermedad o dolencia; interfieren con su capacidad para la actividad normal; o conllevan alguna discapacidad significativa.
11. La Tasa de Pago Nominal se refiere a las tasas nominales para las principales categorías de servicios que fueron especificadas por el Dpto. de Salud del Estado de NY en un archivo adjunto en la carta "Dear Hospital CEO" [Querido director del hospital] de mayo de 2009.
12. El Departamento de Cuentas de Pacientes es la unidad operativa del Hospital responsable de la facturación y cobro de las cuentas de auto-pago por los servicios hospitalarios.
13. El Resumen en Términos Sencillos de la FAP (PLS, por sus siglas en inglés) es una declaración escrita que notifica a un individuo que el centro hospitalario ofrece asistencia financiera en virtud de una FAP y proporciona la información necesaria en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender. Los PLS deben ofrecerse en el ingreso o en el alta y en cualquier factura notificada a una Persona Responsable sobre una posible ECA.
14. Persona Responsable se refiere al paciente y a cualquier otra persona que tenga responsabilidad financiera sobre la cuenta del paciente. Puede haber más de una Persona Responsable.

### **Orientaciones generales de la política:**

Esta política está destinada a aplicarse a los Servicios Cubiertos y proporciona orientaciones generales para la administración de los servicios de asistencia financiera a los pacientes que requieren tratamiento "medicamente necesario" después de haber agotado todas las fuentes de pago del seguro. La asistencia financiera se proporciona a los pacientes con una incapacidad demostrada para pagar, en contraste con la falta de disposición a pagar, que se considera deuda incobrable. A partir del 1 de Enero de 2018, las denegaciones no cubiertas de Medicaid HMO también se consideran para atención de carida.

1. La asistencia financiera estará disponible para:
  - Los pacientes sin seguro que residan en el área de servicio principal del Hospital que reciban servicios médicos necesarios o atención de urgencia (Ver Anexo A para Tabla de Ayuda Financiera y Niveles); y
  - Los pacientes que residan en el área de servicio principal del hospital que agoten sus prestaciones médicas.

A excepción de los servicios de urgencia, los pacientes deben residir en el área de servicio principal del Hospital para que un servicio específico sea elegible de manera categórica para recibir asistencia financiera. El área de servicio principal del Hospital está compuesta por los condados de Bronx, Orange, Putnam, Rockland y Westchester. La elegibilidad para asistencia financiera para los no residentes en el Estado de Nueva York se determinará caso por caso.

Los procedimientos electivos y servicios que no se consideren médicamente necesarios (p. ej.: la cirugía estética) no son elegibles para recibir asistencia financiera.

Puede encontrar un listado de los proveedores (que no sean el propio Hospital) de atención de Urgencia o Médicamente Necesaria en el Hospital que están cubiertos y NO cubiertos bajo esta política en la **página web** (<https://www.wphospital.org>) [haga clic en la pestaña "Patients and Families" [Pacientes y familias], a continuación, haga clic en "Financial and Insurance Information" [Información Financiera y de Seguros]] y desde el Departamento de Cuentas del Paciente. La lista se actualiza trimestralmente.

2. El Hospital no pone un límite a los servicios basándose en el problema de salud de un paciente.
3. La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera se realizará lo antes posible durante el proceso de planificación y programación de la atención médica. Los asesores de las Cuentas de Pacientes ayudarán a las Personas Responsables que lo necesiten a llenar las solicitudes de asistencia financiera. Los servicios de Urgencia nunca se retrasarán por decisiones financieras pendientes. Las Personas Responsables pueden solicitar asistencia financiera antes de los servicios o después de la recepción de la factura. Las Personas Responsables también pueden solicitar ayuda financiera tras el envío de la factura a una agencia de cobros.
4. Las solicitudes de ayuda financiera se revisarán y resolverán con prontitud en 30 días hábiles para los servicios que no sean de emergencia. Se aconseja a las Personas Responsables hacer caso omiso de cualquier factura recibida mientras haya una solicitud en proceso. No se efectuará el cobro de las cuentas de los pacientes que hayan llenado las solicitudes de asistencia financiera, mientras las solicitudes estén en proceso.
5. A las Personas Responsables se les darán doscientos cuarenta (240) días a partir de la fecha de la primera factura después del alta para rellenar una solicitud de asistencia financiera. El Hospital puede renunciar al período de 240 días si la Persona Responsable puede justificar el retraso en la presentación. Todas las presentaciones fuera de plazo requerirán la aprobación del Gerente de la Oficina de Negocios.
6. Las solicitudes incompletas (es decir, si no se ha proporcionado toda la información/documentación requerida) se devolverán a la Persona Responsable junto con una explicación sobre la información/documentos que faltan en la que se notificará a la Persona responsable que puede disponer de un tiempo razonable (es decir, no menos de 30 días) para volver a presentar la solicitud con la información/documentos que faltan. También se proporcionará una copia de los PLS, un aviso de las posibles ECA e

información de contacto del Departamento de Cuentas de Pacientes. El plazo razonable depende de los hechos y circunstancias particulares; por ejemplo, la cantidad de información y/o documentación que se solicita.

7. La aprobación de asistencia financiera será válida por un año, sujeta a revisiones posteriores conforme a cambios en las circunstancias de las Personas Responsables.
8. Se espera que las Personas responsables colaboren con el Hospital solicitando la cobertura del seguro público disponible (p. ej., Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus) si se consideran potencialmente elegibles, antes de que se tomen decisiones sobre asistencia financiera.
9. Criterios de elegibilidad. Se utilizarán los ingresos brutos asociados a los niveles de ingresos del FPL [Nivel Federal de Pobreza] ajustados al tamaño de la familia para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. Las decisiones se basan en los ingresos anuales.
  - a) Para las personas sin seguro médico en o por debajo del 100 % del FPL a los que se ha concedido asistencia financiera, su responsabilidad se limitará a las Tasas de Pago Nominales indicadas a continuación para los siguientes servicios (Ver Anexo A):
    - Pacientes hospitalizados - \$150 /alta
    - Cirugía ambulatoria - \$150 /procedimiento
    - Resonancia magnética - \$150 por sesión
    - Servicios clínicos y sala de urgencias para adultos - \$15 /visita
    - Sala de urgencias y servicios clínicos prenatales y pediátricos - sin cargo
  - b) Para las personas sin seguro médico en o por debajo del 300 % del FPL a los que se ha concedido la asistencia financiera, la responsabilidad se basará en una escala móvil de tarifas tope de los montos que habrían sido pagados por el método de revisión retrospectiva.
  - c) La política de asistencia financiera del hospital también se extiende a las personas sin seguro médico entre el 300 % y el 500 % del FPL a los que se les ha concedido la asistencia financiera (Ver Anexo A).
  - d) Las personas sin seguro por encima del 500 % del FPL que residan en el área de servicio principal del Hospital y reciban atención de urgencia o medicamento necesaria, son elegibles para un descuento de cortesía (Ver Anexo A).
  - e) A una persona elegible según la FAP no se le puede cobrar más de las AGB para los servicios cubiertos.

- f) Cualquier excepción a los límites anteriores se aplicará caso por caso y requerirá la aprobación del Vicepresidente Asociado de las Cuentas Pendientes de Servicios de Salud; del Vicepresidente de Servicios Profesionales; o del Vicepresidente Financiero.
10. El estado migratorio no es un criterio utilizado para determinar la elegibilidad.
11. El Centro Médico deberá verificar sus ingresos actuales. Se aceptarán como prueba de ingresos los siguientes documentos:
- a) Declaración de desempleo
  - b) Carta de concesión de Seguridad Social/pensiones
  - c) Recibos de nóminas/carta de certificación laboral
  - d) Carta de apoyo
  - e) Carta de certificación explicando ingreso, apoyo y/o situación financiera actual si no dispone de otra prueba de renta
12. El Hospital utiliza el análisis predictivo para ayudar en las resoluciones de atención benéfica en ausencia de solicitudes de asistencia financiera presentadas. Sus resultados no deniegan la asistencia financiera a pacientes. Si un paciente llena una solicitud de asistencia financiera con la documentación que demuestra que sus ingresos son inferiores a la categoría determinada por el análisis predictivo, la responsabilidad financiera del paciente se reducirá hasta la cantidad menor. *Se utiliza Experian. La Detección de Asistencia Financiera/Presunta Caridad de Experian Health utiliza la información financiera contenida en el informe de crédito de un paciente y otros atributos específicos para estimar su nivel de ingresos y los sitúa en relación con el nivel de pobreza federal (FPL) para determinar su idoneidad para el programa de beneficencia de un hospital. Las consultas a través de Detección de Asistencia Financiera de Experian Health son consultas informales que sólo pueden ser vistas por el consumidor y no afectan al puntaje de crédito. Si el consumidor tiene alguna pregunta o inquietud con respecto a la consulta, puede ponerse en contacto con el servicio de atención al cliente de Experian Health en el (763) 416 1030.*
13. La presunta elegibilidad también puede basarse en la elegibilidad para FAP anteriores o el Hospital puede utilizar la inscripción en determinados programas públicos basados en los ingresos para determinar presuntamente que los individuos son elegibles según la FAP, incluyendo:
- Programas de recetas financiados por el Estado;
  - Personas sin hogar o que recibieron atención médica en una clínica para personas sin recursos;

- Participación en programas especiales de nutrición suplementaria para para mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés);
- Elegibilidad para cupones de alimentos;
- Elegibilidad para el programa de almuerzo escolar subvencionado;
- Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales no subvencionados (por ejemplo, aportación limitada de Medicaid);
- La indicación de una vivienda para personas con bajos ingresos/protegida como dirección válida; y
- Fallecimiento del paciente sin patrimonio conocido.

Si el paciente es presuntamente elegible por menos de la ayuda más generosa disponible, el Hospital notificará al paciente sobre los criterios para la presunta elegibilidad de la FAP y la forma de solicitar una asistencia más generosa disponible bajo la FAP. El Hospital también le dará al paciente un período razonable de tiempo para solicitar una ayuda más generosa antes de iniciar las ECA (como veremos más adelante) para obtener un descuento adeudado por los Servicios Cubiertos.

14. Se otorgará asistencia financiera completa a los pacientes con las facturas de auto-pago pendientes y cobertura actual de Medicaid.
15. Las Personas Responsables recibirán las decisiones de asistencia financiera por correo, con la notificación de la aprobación/denegación en la parte inferior de la carta que explica cómo apelar la decisión. La facturación del Hospital avisará a las Personas Responsables si recibieron una ayuda financiera o descuento de auto-pago y mostrarán el ajuste.
16. Las Personas Responsables pueden apelar las decisiones de asistencia financiera del hospital si se les niega o consideran la decisión desfavorable. Las Personas Responsables que apelan las decisiones de asistencia financiera deberán presentar documentación acreditativa (es decir, prueba de la renta actual). Las personas Responsables tienen 30 días para presentar sus apelaciones ante el Director del Ciclo de Ingresos, el Departamento de Cuentas de Pacientes y serán notificados de las decisiones a través de correo electrónico en los 30 días siguientes a la presentación de las solicitudes de apelación. Basándose en la información proporcionada, las Personas Responsables pueden ser evaluadas para nuevas reducciones o planes de pago prorrogados.
17. Se ofrecen planes de pago a las Personas Responsables si no pueden realizar los pagos con descuento en su totalidad. Los planes de pago prorrogados también se ofrecen a través del proceso de apelación. Si una Persona Responsable hace un depósito, se incluye como parte de pago de su saldo de asistencia financiera. White Plains Hospital Medical Center no cobra intereses sobre los saldos.
18. Se enviarán al menos tres (3) estados de cuenta diferentes a la última dirección conocida de cada Persona Responsable. Deben transcurrir al menos 120 días entre la primera

factura tras el alta y el inicio de Acciones de Cobro Extraordinarias (ECA) (como veremos más adelante).

19. Al menos una de las facturas enviadas durante este tiempo incluirá un aviso por escrito informando a la Persona Responsable de las ECA que se pueden llevar a cabo si esta no solicita la asistencia financiera en el marco de la FAP o paga la cantidad adeudada antes de la Fecha Límite de Facturación. Dicha declaración debe ser proporcionada a la Persona Responsable por lo menos 30 días antes del plazo especificado en la factura, en caso de comenzar las ECA.
20. Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA). ECA se refiere a cualquier acción contra una persona relacionada con la obtención del pago, como la venta de la deuda de un individuo a un tercero; reportar información adversa sobre la Persona Responsable a las agencias de informes de crédito del consumidor o agencias de crédito; aplazar o negarse o exigir un pago antes de proporcionar atención médica necesaria debido a la falta de pago de una o varias facturas por atención sanitaria previa cubierta por la FAP del hospital; u otras acciones que requieran un proceso legal o judicial que incluyen:
  - La imposición de un gravamen sobre la propiedad de un individuo (diferente del gravamen que tiene el Hospital bajo la ley estatal sobre los beneficios de una resolución, transacción o compromiso adeudado a un individuo (o su representante), como resultado de lesiones personales para los que el Hospital proporcionó atención médica);
  - La ejecución hipotecaria respecto a los bienes inmuebles de un individuo;
  - El embargo de la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal;
  - El inicio de una acción civil contra un individuo;
  - La detención de un individuo;
  - La orden de arresto de un individuo; y
  - El embargo de los salarios de un individuo.
21. Todas las agencias de cobro afiliadas al Hospital tienen una copia y deben seguir la política de asistencia financiera del Hospital. Además, remitirán al Hospital a cualquier Persona Responsable que necesite ayuda para su evaluación y reducción de factura basándose en ingresos anuales y el tamaño de la familia.
22. Las Personas Responsables recibirán una notificación por escrito 30 días antes de que se remita cualquier cuenta a una agencia de cobro o de la iniciación de cualquier ECA. También debe hacerse un esfuerzo razonable para notificar verbalmente a la Persona Responsable por teléfono al último número de teléfono conocido. Durante todas las conversaciones, la Persona Responsable será informada acerca de la asistencia financiera que pueda estar disponible en el marco de la FAP.



23. El Hospital prohíbe cobrar a cualquier paciente que sea elegible para Medicaid en el momento en que se prestan los servicios.
24. El Hospital no emitirá la orden de cobro si está pendiente una solicitud de Asistencia Financiera.
25. Después de permitirse el inicio de las ECA, las agencias de cobro externas estarán autorizadas a presentar litigios, obtener privilegios de acreedor y cobrar la deuda según tales derechos utilizando los medios legales de cobro; sin embargo, en caso de que se requiera la aprobación previa por escrito del Departamento de Cuentas de Pacientes, antes de iniciar cualquier acción legal, se requerirá la aprobación previa del Departamento de Cuentas de Pacientes para que las agencias de cobro puedan utilizar cualquier medio de cobro que implique la detención física o arresto de cualquier Persona Responsable.
26. Las agencias de cobro tienen prohibido forzar la venta o la ejecución de una hipoteca sobre la residencia principal de una Persona Responsable.
27. Si el Hospital remite o vende deudas de pacientes a terceros durante el Plazo de Solicitud, el acuerdo por escrito con dicha parte debe obligar a dicha parte a:
  - a) Abstenerse de incurrir en las ECA hasta la Fecha Límite de Facturación;
  - b) Suspender las ECA si el individuo presenta una solicitud de FAP durante el Plazo de Solicitud;
  - c) Si se determina que la Persona Responsable es elegible según la FAP, asegurarse de que no paga y no está obligada a pagar más de lo necesario y revertir cualquier ECA iniciada previamente; y
  - d) Obtener disposiciones similares en un acuerdo por escrito si dicha parte remite o vende la deuda a otra parte.
28. Los PLS deben ofrecerse en el ingreso o en el alta y en cualquier factura notificada a una Persona Responsable sobre una posible ECA.
29. Las políticas de asistencia financiera del Hospital se comunicarán por escrito a los pacientes y agencias de servicios comunitarios locales. La información por escrito que describe las políticas de asistencia financiera del Centro Médico estará disponible en inglés y español para cualquier parte que la solicite en las siguientes ubicaciones:
  - a) Sala de urgencias
  - b) Oficinas de ingreso.
  - c) [www.wphospital.org](http://www.wphospital.org) -(haga clic en la pestaña "Patients and Families" [Pacientes y familias], a continuación, haga clic en "Financial and Insurance Information" [Información Financiera y de Seguros]) No se efectúa ningún cargo por descargar

estos materiales y los pacientes no tienen la obligación de crear una cuenta o proporcionar información de identificación personal.

- d) Por correo, solicitándolos al Departamento de Cuentas del Paciente, 41 East Post Road, White Plains, NY 10601.
- e) En persona, en la Oficina de Negocios ubicada en 101 East Post Road (3rd piso).
- f) El Centro de atención telefónica al 914-681-1004.

La disponibilidad de asistencia financiera y de los números de teléfono de la oficina están impresos en la parte inferior de todas las facturas del hospital.

- 30. El Hospital se asegurará de que las traducciones de la FAP, PLS y la Solicitud se realicen en el idioma principal de los individuos que utilizan el hospital cuando sean al menos 1.000 personas o el 5 % de la comunidad atendida.
- 31. La notificación sobre la disponibilidad de asistencia financiera también está ampliamente difundida entre los miembros de la comunidad atendida por el Hospital por diversos medios, que pueden incluir, pero no se limitan a:
  - Concientizar a los médicos remitentes de la FAP mediante las comunicaciones periódicas; y
  - Incluir un anuncio en un lugar prominente en el boletín del Hospital enviado por correo a los contactos de la base de datos de clientes del Hospital de informando a los lectores de que el Hospital ofrece asistencia financiera y proporcionando información de contacto adecuada.
- 32. Todo el personal de admisión, registro, y agencia de cobro ha recibido formación sobre la política de asistencia financiera del Hospital de forma periódica.
- 33. Las Personas Responsables que tengan cualquier queja sobre la política o proceso de asistencia financiera del Hospital pueden llamar a la línea de quejas del Departamento de Salud del Estado de Nueva York al 1-800-804-5447. Esta información también se incluye en cartas de denegación.

Al aplicar esta política, la gestión y las instalaciones del Hospital deberán cumplir con todas las demás leyes, normas y regulaciones federales, estatales, y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas en virtud de esta política.

2024 FEDERAL POVERTY LEVEL	GROSS INCOME CATEGORIES (Upper Limits)								
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Family Size	FPL	150%	200%	250%	300%	350%	400%	500%	>500%
1	\$15,060	\$22,590	\$30,120	\$37,650	\$45,180	\$52,710	\$60,240	\$75,300	
2	\$20,440	\$30,660	\$40,880	\$51,100	\$61,320	\$71,540	\$81,760	\$102,200	
3	\$25,820	\$38,730	\$51,640	\$64,550	\$77,460	\$90,370	\$103,280	\$129,100	
4	\$31,200	\$46,800	\$62,400	\$78,000	\$93,600	\$109,200	\$124,800	\$156,000	
5	\$36,580	\$54,870	\$73,160	\$91,450	\$109,740	\$128,030	\$146,320	\$182,900	
6	\$41,960	\$62,940	\$83,920	\$104,900	\$125,880	\$146,860	\$167,840	\$209,800	
7	\$47,340	\$71,010	\$94,680	\$118,350	\$142,020	\$165,690	\$189,360	\$236,700	
8	\$52,720	\$79,080	\$105,440	\$131,800	\$158,160	\$184,520	\$210,880	\$263,600	
For each additional person add.	\$5,380	\$8,070	\$10,760	\$13,450	\$16,140	\$18,830	\$21,520	\$26,900	

**Profesional consolidado y Política de Asistencia Financiera del Hospital****Puntos clave de la Política de Asistencia Financiera de White Plains Hospital:**

- Las tarifas se clasifican por el porcentaje y el servicio del FPL. El calendario muestra las tarifas del Profesional (FP), del Hospital (FH) y combinada (FP + FH).
- Se considera que el Nivel 9 o >500 % es un "Descuento de cortesía". Para la FP, la tarifa constituirá el 61% del importe facturado en lugar de una tarifa plana. Como consecuencia, un paciente puede recibir una factura adicional.
- Algunos servicios no cobrarán ninguna tarifa, lo que se indicará con " - \$".

<b>Visita de paciente nuevo (VPN) Centro de Salud Familiar</b>				
<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>FP VPN</b>	<b>*FH VPN</b>	<b>(FP sólo sitios) Combinada VPN</b>
1	100 %	\$-	\$15	\$15
2	150 %	\$10	\$30	\$40
3	200 %	\$15	\$105	\$120
4	250 %	\$20	\$120	\$140
5	300 %	\$25	\$150	\$175
6	400 %	\$45	\$155	\$200
7	500 %	\$50	\$200	\$250
8	>500 %	61 % de la factura	\$350	= tarifa FP + tarifa FH

\*15 \$ para adultos y 0 \$ para prenatal y pediatría

<b>Visita de paciente establecido (VPE) Centro de Salud Familiar</b>				
<b>Niveles de precios</b>	<b>% FPL</b>	<b>FP VPE</b>	<b>*FH VPE</b>	<b>(FP Sólo Sitios) Combinada VPE</b>
1	100 %	\$ -	\$15	\$15
2	150 %	\$5	\$30	\$35
3	200 %	\$10	\$105	\$115
4	250 %	\$15	\$120	\$135
5	300 %	\$15	\$150	\$165
6	400 %	\$15	\$155	\$170
7	500 %	\$25	\$200	\$225
8	>500 %	61 % de la factura	\$350	= tarifa FP + tarifa FH

\*15 \$ para adultos y 0 \$ para prenatal y pediatría

Departamento de Urgencias (DU)				
Niveles de precios	% FPL	FP DU	FH DU	Combinado DU
1	100 %	\$-	\$15	\$15
2	150 %	\$20	\$45	\$65
3	200 %	\$50	50% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
4	250 %	\$70	75% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300 %	\$100	100% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400 %	\$130	31% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
7	500 %	\$150	39% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
8	>500 %	61 % de la factura	SP RATE	= tarifa FP + tarifa FH

\*\$15 para adultos y \$ 0 para prenatal y pediatría

Cirugía Ambulatoria (Amb)				
Niveles de precios	% FPL	FP Amb	**FH Amb	Combinado Amb
1	100 %	\$50	\$150	\$200
2	150 %	\$100	\$400	\$500
3	200 %	\$350	50% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
4	250 %	\$400	75% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300 %	\$500	100% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400 %	\$750	28% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
7	500 %	\$900	29% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
8	>500 %	61 % de la factura	SP RATE	= tarifa FP + tarifa FH

\*\*Tarifa por procedimiento

Procedimientos Gastrointestinales (GI)				
Niveles de precios	% FPL	FP GI	*FH GI	GI Combinado
1	100 %	\$50	\$100	\$100
2	150 %	\$100	\$200	\$300
3	200 %	\$250	50% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
4	250 %	\$300	75% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300 %	\$350	100% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400 %	\$375	31% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
7	500 %	\$400	38% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
8	>500 %	61 % de la factura	SP RATE	= tarifa FP + tarifa FH

\*Tarifa por procedimiento

Hospitalización (hosp.)				
Niveles de precios	% FPL	FP hosp.	FH hosp.	Combinado hosp.
1	100 %	\$75	\$150	\$225
2	150 %	\$250	\$500	\$750
3	200 %	12 % de la factura	50% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
4	250 %	14 % de la factura	75% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300 %	17 % de la factura	100% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400 %	20 % de la factura	29% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
7	500 %	51 % de la factura	37% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
8	>500 %	61 % de la factura	SP RATE	= tarifa FP + tarifa FH

Infusiones de Oncología Médica (Inf)				
Niveles de precios	% FPL	FP Inf	FH Inf	Combinado Inf
1	100 %	\$-	\$50	\$50
2	150 %	\$-	\$75	\$75
3	200 %	\$-	50% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
4	250 %	\$-	75% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300 %	\$-	100% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400 %	\$-	25% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
7	500 %	\$-	26% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
8	>500 %	SP RATE	SP RATE	= tarifa FP + tarifa FH

Oncología Radioterápica (Onc Rad)				
Niveles de precios	% FPL	FP Onc Rad	FH Onc Rad	Combinado Onc Rad
1	100%	\$-	\$50	\$50
2	150%	\$-	\$75	\$75
3	200%	\$-	50% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
4	250%	\$-	75% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300%	\$-	100% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400%	\$-	27% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
7	500%	\$-	37% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
8	>500%	SP RATE	SP RATE	= tarifa FP + tarifa FH

Radiología Rayos X (Rad Rayos X)				
Niveles de precios	% FPL	FP Rad Rayos X	FH Rad Rayos X	Combinado Rad Rayos X
1	100%	\$ -	\$15	\$15
2	150%	\$10	\$15	\$25
3	200%	\$10	50% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
4	250%	\$10	75% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300%	\$10	100% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400%	\$10	32% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
7	500%	\$40	38% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
8	>500%	61% de la factura	SP RATE	= tarifa FP + tarifa FH

Ultrasonido Radiología (US Rad)				
Niveles de precios	% FPL	FP US Rad	FH US Rad	Combinado US Rad
1	100%	\$-	\$15	\$15
2	150%	\$20	\$25	\$45
3	200%	\$35	50% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
4	250%	\$40	75% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300%	\$45	100% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400%	\$45	35% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
7	500%	\$50	42% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
8	>500%	61 % de la factura	SP RATE	= tarifa FP + tarifa FH



Radiología Mamografía (Rad Mam)				
Niveles de precios	% FPL	FP Rad Mam	FH Rad Mam	Combinado Rad Mam
1	100 %	\$-	\$25	\$25
2	150 %	\$25	\$35	\$60
3	200 %	\$40	50% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
4	250 %	\$50	75% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300 %	\$60	100% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400 %	\$65	37% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
7	500 %	\$70	47% de los cargos	= tarifa FP + tarifa FH
8	>500 %	61 % de la factura	SP Rate	= tarifa FP + tarifa FH

Radiología Tomografía Computarizada (Rad TC)				
Niveles de precios	% FPL	FP Rad TC	FH Rad TC	Combinado Rad TC
1	100 %	\$-	\$40	\$40
2	150 %	\$30	\$50	\$80
3	200 %	\$60	50% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
4	250 %	\$80	75% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300 %	\$100	100% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400 %	\$115	24% de los cargos facturados	= tarifa FP + tarifa FH
7	500 %	\$125	35% de los cargos facturados	= tarifa FP + tarifa FH
8	>500 %	61 % de la factura	SP Rate	= tarifa FP + tarifa FH

**Radiología Imagen de Resonancia Magnética (Imagen de Resonancia Magnética )**

Niveles de precios	% FPL	FP Rad IRM	FH Rad IRM	Combinado Rad TC
1	100 %	\$-	\$150	\$150
2	150 %	\$35	\$200	\$235
3	200 %	\$65	50 % de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
4	250 %	\$80	75 % de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300 %	\$100	100 % de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400 %	\$125	28% de los cargos facturados	= tarifa FP + tarifa FH
7	500 %	\$150	38% de los cargos facturados	= tarifa FP + tarifa FH
8	>600 %	61% de la factura	SP Rate	= tarifa FP + tarifa FH

Niveles de precios	% FPL	PET (Global)
1	100 %	\$150
2	150 %	\$600
3	200 %	50 % de Medicare
4	250 %	75 % de Medicare
5	300 %	100 % de Medicare
6	400 %	27% de los cargos facturados
7	500 %	37% de los cargos facturados
8	>500 %	SP Rate

		Behavioral Health Services*		
Pricing Levels	% FPL	PB EPV	*HB EPV	(PB Only Sites) Combined EPV
1	100%	N/A	\$15	\$15
2	150%	N/A	\$30	\$30
3	200%	N/A	\$50	\$50
4	250%	N/A	70% de Medicare	70% de Medicare
5	300%	N/A	100% de Medicare	100% de Medicare
6	400%	N/A	32% de los cargos facturados	32% de los cargos facturados
7	500%	N/A	32% de los cargos facturados	32% de los cargos facturados
8	>500%	N/A	SP RATE	SP RATE

\*Locations WME, WCA,WDH,WAPTC

		Todos los demás		
Niveles de precios	% FPL	FP VPE	*FH VPE	(FP Sólo Sitios) Combinada VPE
1	100 %	\$-	\$15	\$15
2	150 %	\$-	\$30	\$30
3	200 %	\$15	\$50	\$65
4	250 %	\$15	50% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
5	300 %	\$15	75% de Medicare	= tarifa FP + tarifa FH
6	400 %	\$15	24% cargos facturados	= tarifa FP + tarifa FH
7	500 %	\$25	34% de los cargos facturados	= tarifa FP + tarifa FH
8	>500 %	61 % de la factura	SP Rate	= tarifa FP + tarifa FH

Todas las decisiones desfavorables o aplicaciones denegadas pueden ser apeladas en los 30 días posteriores a la decisión.