



Resumen de Asistencia Financiera

White Plains Hospital Center (en lo sucesivo, el "Hospital") reconoce que, a veces, los pacientes que necesiten atención tendrán dificultades para pagar los servicios brindados. En virtud de nuestra Política de Asistencia Financiera, es posible que se proporcionen descuentos a las personas que califiquen en función de sus ingresos. Además, si cumple con los requisitos, lo podemos ayudar a solicitar un seguro gratuito o de bajo costo. Simplemente comuníquese con un representante de la agencia de cobranzas al 914-681-1004 o diríjase a 101 E. Post Rd 3.^{er} piso (Servicios Financieros para Pacientes) para recibir asistencia gratuita y confidencial.

¿Quién cumple con los requisitos para recibir un descuento?

La Asistencia Financiera se encuentra disponible para pacientes con ingresos limitados y sin seguro de salud. El Hospital también proporciona asistencia financiera, incluidos acuerdos de pago, de ser solicitados, a pacientes que cumplen con los requisitos y que cuentan con cobertura de seguro, pero tienen un gasto personal que no pueden pagar o que consideran que sería difícil hacerlo. Cualquier asignación de ayuda financiera se determinará caso por caso, una vez que la solicitud de Asistencia Financiera se complete y se presente la documentación requerida.

Puede solicitar un descuento independientemente de su estatus migratorio.

¿Qué servicios reciben cobertura?

Todos los residentes del estado de Nueva York que necesiten servicios de emergencia pueden recibir atención del Hospital y cumplir con los requisitos para un descuento si satisfacen determinados límites de ingresos y el Hospital determina que son elegibles.

Todas las personas que residen en los condados Bronx, Orange, Putnam, Rockland y Westchester pueden calificar para un descuento en servicios "médicamente necesarios" no emergentes, según se define este término en la Política de Asistencia Financiera del Hospital, si cumplen con ciertos límites de ingresos y el hospital determina que son elegibles. Esto incluye los servicios ambulatorios y las admisiones de pacientes hospitalizados que proporcionan el Hospital y sus entidades sustancialmente relacionadas (sin incluir las siguientes corporaciones profesionales cautivas: Cancer & Blood Medical Services of NY, PC y White Plains Medical Diagnostics, PC).

No se le pueden negar los "servicios médicamente necesarios" debido a que usted necesita asistencia financiera.

¿Cuáles son los límites de ingresos?

El monto del descuento varía en función de sus ingresos y del tamaño de su familia.

Generalmente, los pacientes son elegibles para Asistencia Financiera mediante el uso de una escala móvil, basada en los lineamientos Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) del gobierno federal.

¿Cuánto debo pagar si cumple con los límites de ingresos?

A partir de octubre de 2024, el estado de Nueva York implementó nuevos lineamientos relacionados con cómo se espera que se implemente la Asistencia Financiera a los destinatarios de atención benéfica. Un paciente que tenga un ingreso familiar que se considera 400 % por encima del Nivel Federal de Pobreza será elegible para recibir Asistencia Financiera. Todos los hospitales están obligados a establecer una "escala móvil" en función del nivel de ingresos del paciente y deben respetar el programa de descuentos mínimos requeridos del estado de Nueva York. La tabla de descuentos de WPH se ha integrado en dos secciones:

1. Sin seguro.
2. Seguro insuficiente.

La tabla de descuentos que se utiliza se determina en función de la inscripción al seguro del paciente.

Descuentos para pacientes sin seguro

| | |
|---|--|
| Ingreso familiar igual o inferior al 200 % de los FPG: | Paciente elegible para Asistencia Financiera completa; sin costo compartido. |
| Ingreso familiar entre el 201 % y el 300 % de los FPG: | Paciente elegible para Asistencia Financiera parcial; el AGB representa aproximadamente el 10 % del reembolso de Medicaid. |
| Ingresos familiares entre el 301 % y el 400 % de los FPG: | Paciente elegible para Asistencia Financiera parcial; el AGB representa aproximadamente el 20 % del reembolso de Medicaid. |
| Ingreso familiar entre el 401 % y el 500 % de los FPG: | Paciente elegible para Asistencia Financiera parcial; porcentaje con descuento de los cargos totales. |

Descuentos por seguro insuficiente

| | |
|---|---|
| Ingreso familiar igual o inferior al 200 % de los FPG: | Paciente elegible para Asistencia Financiera completa; sin costo compartido. |
| Ingreso familiar entre el 201 % y el 300 % de los FPG: | Paciente elegible para Asistencia Financiera parcial; el AGB es el 10 % del costo compartido. |
| Ingresos familiares entre el 301 % y el 400 % de los FPG: | Paciente elegible para Asistencia Financiera parcial; el AGB es el 20 % del costo compartido. |
| Ingreso familiar entre el 401 % y el 500 % de los FPG: | Paciente elegible para Asistencia Financiera parcial; porcentaje con descuento de los cargos totales. |

Nuestro representante de la agencia de cobranzas le proporcionará detalles sobre su(s) descuento(s) específico(s) una vez que se procese su solicitud.

¿Qué pasa si no cumple con los límites de ingresos?

Si no es elegible para la asistencia financiera porque no cumple con los límites de ingresos, es posible que el Hospital también ofrezca planes de pago extendido a quienes los soliciten.

¿Cómo solicito o recibo una copia de la Política de Ayuda Financiera (Financial Aid Policy, FAP) completa del hospital?

La FAP y el formulario de solicitud correspondiente se pueden obtener sin costo alguno de la siguiente manera:

- En persona, en la zona de registro principal del Hospital, la zona de registro de la sala de emergencias, los departamentos para pacientes ambulatorios, y el Departamento de Cuentas del Paciente.
- En persona, en Servicios financieros para el paciente ubicado en 101 East Post Rd (3.er piso).
- Por correo, envíe una solicitud a White Plains Hospital Center, 41 East Post Road, White Plains, N.Y. 10601.
- Por teléfono, pida que le envíen una solicitud por correo llamando a un representante de la agencia de cobranzas al 914-681-1004.
- Descargue los documentos desde el sitio web del hospital en: <http://www.wphospital.org/> (haga clic en la pestaña “Patients and Families” [Pacientes y familias], luego en “Financial and Insurance Information” [Información financiera y sobre el seguro]). No hay costo por descargar estos materiales, y los pacientes no están obligados a crear una cuenta ni a proporcionar información personal identifiable.

Este Resumen en Lenguaje Simple, la FAP y el formulario de solicitud de la FAP también se encuentran disponibles en inglés previa solicitud.

¿Me pueden explicar el descuento? ¿Me pueden ayudar a presentar la solicitud?

Sí, se encuentra disponible la ayuda gratuita y confidencial. Llame al Departamento de Cuentas del Paciente al 914-681-1004 o acuda en persona a la Oficina Comercial de Servicios Financieros para Pacientes ubicada en 101 E. Post Rd, 3.^{er} piso.

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

El representante de la agencia de cobranzas le puede decir si cumple con los requisitos para seguros gratuitos o de bajo costo, como Medicaid, Child Health Plus y Family Health Plus. Si el representante de la agencia de cobranzas determina que usted no cumple con los requisitos para un seguro gratuito o de bajo costo, lo ayudará a solicitar un descuento. El representante lo puede ayudar a completar todos los formularios e indicarle los documentos que debe presentar.

¿Qué necesito para solicitar un descuento?

Comprobantes de ingresos aceptables:

- Declaración de desempleo.
- Carta de adjudicación del Seguro Social/pensión.
- Recibos de pago/carta de verificación de empleo.
- Declaración de impuestos del año anterior.
- Carta de apoyo.
- Carta de autocertificación (en casos adecuados).

¿Qué cargos no cubre la Política de Ayuda Financiera?

Es posible que este programa no cubra los cargos de *médicos particulares* que proporcionan servicios en el hospital. Debe hablar con médicos particulares para verificar si ofrecen un descuento o un plan de pago. La Asistencia Financiera no cubrirá los procedimientos opcionales, como los estéticos. Este programa solo cubrirá servicios médicalemente necesarios. Esto excluirá la salud odontológica y conductual.

¿Cómo obtengo el descuento?

Debe completar el formulario de solicitud de Asistencia Financiera. Tan pronto como tengamos todos los documentos necesarios, podemos procesar su solicitud de descuento en función de su nivel de ingresos. Las solicitudes incompletas no se consideran, pero se notifica a los solicitantes y se les da la oportunidad de proporcionar la documentación o información faltante.

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

Envíe el formulario completo a: White Plains Hospital Center, 41 East Post Road, White Plains, N.Y. 10601 o trágala a la Oficina Comercial de Servicios Financieros para Pacientes ubicada en 101 East Post Rd, 3.^{er} piso.

¿Cómo sabré si me aprobaron para recibir el descuento?

El Hospital le enviará una carta dentro de los 30 días posteriores a la presentación de la solicitud completa y de la documentación requerida, en la que se le informará si ha sido aprobado y el nivel de descuento recibido.

¿Qué ocurre si recibo una factura mientras espero la respuesta acerca de la obtención de un descuento?

Una vez que haya presentado la solicitud completa y la documentación requerida, no tenga en cuenta ninguna factura del Hospital hasta que este haya tomado una decisión con respecto a su solicitud.

No se le puede obligar a que pague una factura del hospital mientras se considera su solicitud de descuento. Si se rechaza su solicitud, el hospital debe informarle el motivo por escrito y le debe proporcionar una forma para apelar esta decisión a un nivel superior dentro del hospital.

¿Qué ocurre 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.