

# **Newton Medical Center**

## **Plan de Asistencia Financiera**

Preparada con la Asistencia  
y Asociación de

**The Midland Group**



1310 Wakarusa Drive Suite A  
Lawrence, KS 66049 (855) 890-9586  
[www.midlandgroup.com](http://www.midlandgroup.com)

## Póliza de Asistencia Financiera de Newton Medical Center

### **1.0 Póliza**

Como parte de la misión y compromiso de proveer acceso a cuidado médico para toda persona, Newton Medical Center provee asistencia financiera a pacientes que califiquen en conformidad a esta Póliza de Asistencia Financiera (“Póliza”).

Todo individuo que viene al Departamento de Emergencia de Newton Medical Center ó propiedad de Newton Medical Center, para una examinación ó tratamiento para una condición médica sera examinado para determinar si la condición de emergencia médica existente consista con la Póliza de Plan y Cuidado de pacientes en asignación de OB de Newton Medical Center. Ni la examinación inicial médica ni tratamiento salvavidas será impedido por investigaciones acerca de el método de pago ó aseguradora médica del individuo.

### **2.0 Alcance**

Este programa de asistencia financiera aplica a los siguientes proveedores/practicantes que ofrecen servicios de emergencia u otros cuidados medicamente necesarios en las instalaciones del hospital:

Newton Medical Center  
Newton Medical Center Emergency Department  
Medical Plaza of Valley Center  
Medical Plaza of Park City  
Medical Plaza of Sedgwick  
Advanced Neurology Consultants  
Area Psychiatric Services  
Newton Orthopaedics and Sports Medicine  
Newton Surgical Group  
Hospital Professional Billing  
Diabetes and Endocrinology Specialists  
Central Homecare/Newton Medical Center Home Health  
Mid Kansas Family Practice, PA  
Newton Therapy & Sports Performance

Este programa de asistencia financiera no aplica a los siguientes proveedores/practicantes que ofrecen servicios de emergencia u otros cuidados medicamente necesarios en las instalaciones del hospital:

Anesthesia Billing, Inc  
Advanced General Radiology  
Axtell Clinic  
Via Christi Clinic  
Axtell Ophthalmology  
Integrity Medicine  
Cardiovascular Care  
Associates in Womens' Health  
Cottonwood Pediatrics  
Cancer Center of Kansas  
Central Care Cancer Center  
Kansas Foot Center

Urology Clinic of Kansas  
Wichita Urology  
Pain Clinic  
South Central Pathology  
Advanced Physical Therapy  
Cedar Surgical  
Partners in Family Care  
Restore Your Health Center  
Greene Vision Group  
Radiology Services Corp  
Mercy Health Systems  
Medical Park Eye Center  
Health Ministries Clinic  
Tippin Dental Group  
Davidson Dental

### **3.0 Objetivo**

Esta Póliza esta destinada como una directriz para determinar los parámetros de requerimientos de calificación y asistencia ofrecida en virtud de la póliza. Esta Póliza tambien sirve para cumplir los requisitos establecidos en el Codigo de Ingresos Sección 501(r).

### **4.0 Criterios de Selección**

Selección para la asistencia financiera en virtud de esta Póliza será basada en un número de factores, incluyendo, pero sin limitación a: Estatus de Ciudadanía ó residente legal permanente en los Estados Unidos, residencia en el Condado de Harvey, nivel de ingresos y propiedades.

- 4.1 Pacientes que sean determinados indigentes con ingresos brutos de su hogar del 0% al 250% de la Directriz Federal de Pobreza, actualizado por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, pueden ser seleccionados para asistencia financiera con descuento del 100% del total bruto de cargos. Vea Clausura A de la Directriz de Selección de la Asistencia Financiera. Pacientes que son auto-pago ó quienes tengan cuentas pendientes despues de pagos recibidos por la aseguradora, pueden calificar para asistencia financiera en esta categoria.
- 4.2 Pacientes que han sido determinados indigentes con ingresos brutos de su hogar con más del 250% de la Directriz Federal de Pobreza pueden calificar para asistencia financiera con un descuento del 40% del promedio general importe facturado (AGB). Vea Clausura A de la Directriz de Selección de la Asistencia Financiera. Factores tomados en consideración incluyen pero sin limitación a: gastos extremos en comparación a ingresos, gastos médicos extremos, consideración de otros recursos disponibles incluyendo propiedades, otra obligación financiera, enfermedad catastrofica, pérdida de empleo ó incapacidad para trabajo actual, tratamientos necesarios desde el punto de vista médico comparado con servicios electivos, capacidad de ingresos ó circunstancias atenuantes. Pacientes que son auto-pago pueden calificar para la asistencia financiera en esta categoria.

- 4.3 El Programa de Asistencia Financiera tiene por objeto servir a los residentes del Condado de Harvey ó viviendo en los codigos postales. 66840, 66851, 66858, 66861, 66866, 67016, 67020, 67041, 67053, 67056, 67062, 67063, 67073, 67107, 67123, 67135, 67147, 67151, 67154, 67428, 67443, 67546, 67552.
- Estudiantes Universitarios con necesidad de cuidado urgente o medicamento necesario que tienen dirección permanente o temporal en estos codigos postales podrian ser elegibles para la asistencia financiera.
- 4.4 El paciente debe ser ciudadano, residente legal de los Estados Unidos o tener un numero TIN.

## **5.0 Servicios no cubiertos por esta Póliza**

Newton Medical Center merecé el derecho de limitar los servicios cubiertos por esta Póliza. Servicios no cubiertos por esta Póliza incluyen, pero sin limitación a: Servicios privados y tratamiento no necesario desde el punto de vista médico.

Necesidad médica será determinada basado en la utilización de criterios de revisión y por uno ó más de lo siguiente: Consulta con el médico del paciente/enfermera; Consulta con un Gerente de Caso u otro empleado clinico; Milliman ó Interqual Criterios; Medicare, Medicaid, Blue Cross Blue Shield, y/o criterio de cobertura de tercera parte.

## **6.0 Limitación de Cargos**

- 6.1 En caso de emergencia u algún otro cuidado médicamente necesario, un paciente que es seleccionado para asistencia en virtud de esta Póliza no se cobrará ningún cargo más que las cantidades facturadas en general (AGB) de Medicare de pago-por-servicio beneficiario.
- 6.2 En caso de todos los demás servicios medicos cubiertos bajo esta póliza, un paciente sera seleccionado en virtud de esta Póliza se cargará un importe inferior a los gastos brutos.

## **7.0 Método de Aplicación para Asistencia Financiera**

Solicitudes para asistencia financiera puede ser iniciada por el paciente en persona, en admisiones ó servicios financieros del paciente; por teléfono llamando al 316-283-2700; por correo a Newton Medical Center, PO Box 308, Newton, KS, 67114 ó via pagina de internet [www.newtonmedicalcenter.com](http://www.newtonmedicalcenter.com).

Ultimamente es responsabilidad del paciente proveer la información necesaria para calificar para la asistencia financiera. No hay ninguna garantía que el paciente califique para asistencia financiera.

## **8.0 Medidas Para Dar a Conocer la Póliza de Asistencia Financiera**

Las medidas siguientes son usadas para dar a conocer la Póliza a la comunidad y pacientes:

- 8.1 Publicación de la Póliza de Asistencia Financiera, Solicitud para la Asistencia Financiera y un resumen de la Póliza en la pagina de internet de Newton Medical Center [www.newtonmedicalcenter.com](http://www.newtonmedicalcenter.com).
- 8.2 Proveer copias en papel de la Póliza, solicitud y resumen de la Póliza a petición en admisiones y servicios financieros del paciente de Newton Medical Center.
- 8.3 Publicar avisos acerca de la Póliza en del departamento de emergencia, areas de admisión y oficina de negocios de Newton Medical Center.
- 8.4 Distribuir hojas de información acerca de la Póliza a el Departamento de Niños y Familias (DCF) y la clinica Health Ministries en Newton.
- 8.5 Distribuir un resumen llano de la lengua de la Póliza y ofreciendo una solicitud para asistencia financiera a pacientes antes de dados de alta del hospital.
- 8.6 Informar pacientes acerca de la Póliza en persona ó durante facturación y servicio de atención al cliente por telefono.
- 8.7 Incluyendo en las facturas entre ellos destaca un aviso por escrito que notifique e informe a pacientes acerca de la disponibilidad de la asistencia financiera en virtud de la política e incluir el numero telefonico del departamento que provee la información acerca de la póliza y el proceso de solicitud, la dirección de la pagina de internet, solicitud, y resumen llano de la lengua de la póliza donde se pueden obtener.

## **9.0 Póliza de Facturación y Colecciones**

Despues de reducir la factura por el descuento basado en la directriz para selección de la asistencia financiera, el paciente es responsable por el resto del saldo de la cuenta pendiente. Pacientes serán facturados por el resto del saldo en acuerdo con la Póliza de facturación y colecciones.

Newton Medical Center tomará acción en el evento de que la factura por servicio médico no sea pagada por lo escrito en la Póliza de facturación y colecciones, derecho Privado de Pago y Colecciones 218. Pacientes pueden obtener una copia gratuita de la Póliza de facturación y colecciones llamando al 316-283-2700 ó en la pagina de internet the Newton Medical Center.

## **10.0 Determinación de Asistencia Financiera**

Descuentos de la Asistencia Financiera serán evaluados solo como ultimo recurso y todas las terceras partes de cobertura hayan sido consideradas antes de algún descuento. Esto incluye pero no se limita a, cualquier cobertura como aseguradora comercial, Medicare, un programa de ministerio de salud compartida, seguro de Compensación del Trabajador, COBRA, Medicaid, y responsabilidad ó aseguradora de automobiles que cubra el servicio médico tratado.

Es requerido que el paciente apliqué para programas aplicables de los cuales el/ella pudiera ser elegible como condición para aplicar para cualquier descuento en virtud de la asistencia financiera y fallo en la busqueda de elegibilidad de esos recursos resultará en negación de asistencia financiera en virtud de esta Póliza.

- 10.1 Evaluación para Asistencia Financiera

Determinación de la asistencia financiera será de acuerdo con los procedimientos que pueden envolver:

- 10.1.1** Un proceso de solicitud, en el cual el paciente ó el avalista del paciente son requeridos a proveer cualquier información y documentación relevante a determinar la necesidad financiera;
- 10.1.2** Revisión de propiedades del paciente;
- 10.1.3** Revisión del tamaño del hogar y los ingresos brutos de los tres meses antes del día de servicio;
- 10.1.4** Una determinación de la elegibilidad presunta en circunstancias inusuales o extremas (como personas sin hogar) cuando el paciente no esta disponible para completar la solicitud. La elegibilidad presunta puede ser determinada en base a las circunstancias de vida que pueden incluir, pero no se limitan a:
  - Financiado por el estado y programa de recetas
  - Personas sin hogar o de la recepción de un refugio para personas desamparadas
  - Participación de la mujer, infantes, niños (WIC)
  - Elegibilidad de cupones de alimentos
  - Bajos ingresos/vivienda subvencionada se proporciona como una dirección válida
  - Paciente ha fallecido y no se conocen bienes raíces
  - Paciente se ha declarado en bancarrota y cuyo proyecto ha sido totalmente descargada por el tribunal
  - Paciente requiere servicios de salud del comportamiento y tiene un plan de salud de la conducta que contrato no ha sido establecido con Newton Medical Center;
  - Pacientes con planes Medicaid de otro estado sin beneficios fuera de la red

## 10.2 Definición del tamaño e ingresos del hogar

- 10.2.1** Cuando se determiné el tamaño del hogar, el Feto será contado como un miembro de la familia;
- 10.2.2** Un dependiente de 18 años de edad, y aún en la secundaria, puede ser considerado un dependiente de la familia hasta la graduación de la secundaria;
- 10.2.3** Si el dependiente de 18 años de edad es estudiante de Universidad tiempo completo puede ser considerado dependiente de la familia;
- 10.2.4** Si el paciente es un recién nacido y los padres viven en el mismo hogar, la combinación de ingresos deben ser incluidos, independientemente del

estado marital de los padres. Si los padres del recién nacido no viven juntos, cada padre puede ser responsable por la factura del bebe y cada padre puede aplicar para la asistencia financiera.

### 10.3 Verificación de Ingresos

Verificación de ingresos será documentado con la solicitud de asistencia financiera por medio de uno ó más de los siguientes mecanismos:

- 10.3.1** Talonarios de cheques demostrando ingreso bruto;
- 10.3.2** Copias de todos los cheques de ingresos;
- 10.3.3** Carta firmada por el empleador en papel membretado demostrando ingresos brutos por el tiempo especificado;
- 10.3.4** Estados de cuentas bancarias incluyendo depositos;
- 10.3.5** Si es trabajador por su cuenta propia, documentación mensual ó trimestral si esta disponible. Si no esta disponible, la documentación de sus impuestos del año anterior. Gastos deducidos del ingreso estan sujetos a la aprobación del Comité de la Asistencia Financiera. Depreciación de el equipo de granja no esta incluido como un gasto en virtud de esta Póliza;
- 10.3.6** Declaración de intereses de bancos, ahorros y prestamos u otro recurso de inversión;
- 10.3.7** Formularios de la Declaración de Impuestos Federales;
- 10.3.8** Formulario W2;
- 10.3.9** Comprobante de pago o declinación de pago del programa de ministerio de salud compartida.

### 10.4 Verificación de Créditos Activos

El 25% de los créditos activos definidos en esta Póliza serán incluidos en la determinación elegible de ingresos. Créditos activos tienen que ser reales y disponibles al paciente. Créditos activos deben incluir, pero sin limitación a:

- 10.4.1** Efectivo;
- 10.4.2** Cuenta de Ahorros y Cheques;
- 10.4.3** Certificados de Deposito;
- 10.4.4** Existencias;
- 10.4.5** Bonos;

**10.4.6** Otras Seguridades;

**10.4.7** Equidad de bienes inmuebles (excluyendo residencia primaria)  
incluyendo propiedades produciendo ingresos;

**10.4.8** Equidad de vehiculos;

**10.4.9** Cuentas de Retiro.

## **11.0 Longitud de Elegibilidad**

Una vez aprobada la asistencia financiera, el descuento es efectivo por seis meses.

## **12.0 Notificación de Determinación de Elegibilidad**

Pacientes/Avalistas serán notificados por correspondencia la determinación final de elegibilidad de asistencia financiera.



# **NEWTON MEDICAL CENTER**

## **Clausula A**

Del

**Plan de Asistencia Financiera para Pacientes**

Clausula A - Directrices de los Requisitos de Descuento Elegibles de la Asistencia Financiera  
Newton Medical Center

Pacientes son considerados indigentes financieramente y pueden calificar para un descuento del 100% con el programa de asistencia financiera si los ingresos brutos del hogar es menos que ó igual a los montos siguientes:

Tamaño de familia	Ingresos Mensuales
1	\$ 2,529.00
2	\$ 3,429.00
3	\$ 4,329.00
4	\$ 5,229.00
5	\$ 6,129.00
6	\$ 7,029.00
7	\$ 7,929.00
8	\$ 8,829.00

Estos montos de ingresos anuales son computarizados al 250% de la Directriz Federal de Pobreza del año 2018 publicadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estado Unidos (HHS) y estan sujetos a cambios cuando HHS modifique su directriz federal de pobreza.

Para unidades de familia de más de 8 miembros, sume \$900.00 por cada miembro adicional.

Los pacientes cuyos ingresos brutos de su hogar es más que la cantidad en la tabla anterior pero se ha determinado que son médicamente indigentes pueden calificar para la asistencia financiera con un descuento del 40% de las cantidades facturadas en general (AGB) por la Póliza de Asistencia Financiera de Newton Medical Center.

# **Newton Medical Center**

## **Resumen Llano de la Lengua**

Del

**Plan de Asistencia Financiera para Pacientes**

## **Newton Medical Center**

### **Póliza de Asistencia Financiera – Resumen Llano de la Lengua**

La póliza de Asistencia financiera de Newton Medical Center ó “Asistencia de Cuidado Medico,” existe para proveer a pacientes que califiquen parcialmente ó en su totalidad emergencia ó cuidado medico-necesario de hospital.

Servicios que Califican – Pacientes recibiendo servicios elegibles, que haya sometido una solicitud para la asistencia (incluyendo documentación/información) relacionados, y quienes estan aprovados a calificar para la Asistencia de Cuidado Medico por el Comité de Asistencia de Cuidado Medico de Newton Medical Center.

Como Aplicar – Solicitudes para la Asistencia de Cuidado Medico se pueden obtener/completar/someter con las indicaciones siguientes:

- Obtener una solicitud en el escritorio de Admisiones de Newton Medical Center ó en el departamento de Servicios Financieros del Paciente.
- Solicitar que se le envíe una solicitud por correo llamando al 316-283-2700
- Solicitar una solicitud por correo a Newton Medical Center, PO Box 308, Newton, KS 67114
- Bajar la solicitud en la pagina de internet the Newton Medical Center: [www.newtonmed.com](http://www.newtonmed.com)
- Obtener información acerca del programa de Asistencia de Cuidado Medico en el Departamento de Niños y Familias (DCF) en Newton y en la clinica Health Ministries en Newton.

Determinación de Calificación de la Asistencia de Cuidado Medico – Generalmente, pacientes calificán para el programa de Asistencia de Cuidado Medico basado en el nivel de ingresos y propiedades. Pacientes con ingresos de 250% del nivel federal de pobreza o menos puede calificar para un descuento del 100%. Pacientes y familias con ingresos arriba de 250% del nivel federal de pobreza, pueden calificar para un descuento del 40% de las cantidades facturadas en general (AGB). Vea la Clausula A de la póliza de Asistencia de Cuidado Medico en [www.newtonmed.com](http://www.newtonmed.com). Pacientes que calificán no se les cobrará más por emergencias u otro cuidado medico necesario que el costo general fracturado (AGB) que otros pacientes que tienen seguro medico.

Este resumen, de la póliza de Asistencia de Cuidado Medico, y la solicitud para dicha asistencia esta disponible en Español en las locaciones mencionadas arriba.