

Beneficio de atención de beneficencia de Beloit Health System

A solicitud del paciente, es la política de Beloit Health System considerar un ajuste de atención de beneficencia si se han agotado todas las otras vías y el paciente demuestra que no tiene recursos para pagar la cuenta. A todos los pacientes no asegurados se les otorgará un "descuento para pacientes no asegurados" automático de acuerdo con la política de asistencia económica de Beloit Health System, lo que significa que a tales pacientes no se les cobrará más de los montos generalmente facturados a los pacientes asegurados por la misma emergencia, u otra atención médicamente necesaria para preservar la vida o integridad física. Los ajustes de atención de beneficencia se otorgan a discreción de Beloit Health System previa consideración de nuestra capacidad económica y nuestra misión en el área de servicio. (La intención de esta política es que se considerará la atención de beneficencia cuando el proveedor de atención médica más cercano al domicilio legal del paciente sea Beloit Health System. Se animará a los pacientes que vivan más cerca de otro proveedor a buscar atención gratuita en su instalación más cercana. Se podrían considerar excepciones para los pacientes con una relación de muchos años con un médico de Beloit Health System o en los casos en los que ocurran emergencias médicas en Beloit a individuos que vivan fuera de nuestra área de servicio).

Se consideran las siguientes pautas:

Los ajustes de atención de beneficencia están disponibles para las personas elegibles que requieran un tratamiento médicamente necesario pero que no puedan pagar los servicios médicos para preservar la vida o integridad física. La elegibilidad para la atención de beneficencia se extenderá a aquellas personas cuyos ingresos familiares no excedan el 200% de las pautas federales actuales de pobreza. Las personas cuyos ingresos no sean mayores que el 400% de las pautas podrían ser elegibles para la atención de beneficencia con cargos reducidos.

Se excluye lo siguiente de la consideración para los ajustes de atención de beneficencia:

Los procedimientos estéticos, los audífonos, los productos de podología, los procedimientos de esterilización, las reversiones de los procedimientos de esterilización, los tratamientos de fertilidad, los procedimientos bariátricos, los procedimientos de implantación de lentes Restor, Toric y Crystalens, y la mayoría de los procedimientos electivos. Otras exclusiones incluyen los servicios que se determine que son innecesarios o han sido prohibidos por el gobierno o los pagadores externos, las cuentas pendientes de liquidación provenientes de una demanda de responsabilidad, el equipo médico durable, las visitas al consultorio de rutina o que no sean de emergencia, y la atención médica domiciliaria. Se podrían considerar algunos casos electivos previa declaración del médico que va a realizar el procedimiento de que la condición que se está abordando pone eminentemente en riesgo la vida o integridad física. Esto está sujeto a una revisión de utilización en consulta con el jefe del departamento y el vicepresidente de asuntos médicos para la aprobación.



Solo los proveedores empleados por Beloit Health System prestan servicios elegibles para la atención de beneficencia. Los otros proveedores que presten servicios contratados a Beloit Health System no están cubiertos por la política de atención de beneficencia de Beloit Health System.

Los proveedores contratados que no son elegibles son Beloit Radiology, Southern Wisconsin Emergency Associates, Stateline Anesthesia y Hart Road Pathology.

Los ajustes de atención de beneficencia se basan en los materiales de solicitud y otra información exigida de acuerdo con la política de asistencia económica de Beloit Health System. Se considerará un ajuste de atención de beneficencia sólo después de que se hayan revisado las cuentas del paciente y se haya determinado que no está disponible ningún reembolso de un tercero. Se puede llenar una solicitud de atención de beneficencia en persona con la ayuda de un asesor de crédito, o la misma se puede enviar por correo acompañada de una carta de explicación del asesor de crédito.

Los pacientes que estén empleados (o los pacientes que sean cónyuges o dependientes de un individuo empleado) deben demostrar que el empleador no ofrece los beneficios de un seguro colectivo de salud. A los pacientes que hayan optado por no inscribirse en un plan colectivo disponible de salud se les podrían negar los beneficios de atención de beneficencia.

Previa revisión de la solicitud de atención de beneficencia, el asesor de crédito determinará la elegibilidad y notificará al paciente del resultado. Si la solicitud recibe una aprobación parcial, el monto adeudado por el paciente se indicará en el lugar apropiado en la carta de notificación de la decisión. En el formulario también se indicarán las aprobaciones o negativas del 100%.

Las aprobaciones de la atención de beneficencia estarán en vigor para los servicios adicionales prestados antes de haber transcurrido 90 días desde la fecha de aprobación. Después de 90 días, se podría solicitar información económica actualizada.