

Asistencia financiera ofrecida

Salud Cass se enorgullece de brindar la mejor atención a cada paciente. Salud Cass ofrece asistencia financiera a los pacientes que no pueden pagar la atención de emergencia y médicamente necesaria.

¿Soy elegible??

Se espera que los pacientes que tienen los medios paguen por los servicios recibidos en Salud Cass. La asistencia financiera está disponible en función de los ingresos y el tamaño de la familia. Se ofrece asistencia financiera a los pacientes que no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente. La asistencia financiera parcial o total se otorgará en función de la capacidad del paciente para pagar los cargos facturados. Los pacientes deben cumplir plenamente con el proceso de solicitud, incluida la presentación de declaraciones de impuestos y talones de pago.

¿Cómo presento mi solicitud??

Si no puede pagar, Tienes dos opciones para iniciar el proceso para solicitar asistencia financiera.

- Pásate por aquí o programe una cita para hablar con nuestros asesores financieros para pacientes. Puede ponerse en contacto con nuestro equipo al 712-250-8041 o financialcounseling@cashealth.org.
- O puede visitar nuestro sitio correo electrónico al assistance.cashealth.org dónde puedes revisar, descargar e información impresa para conocer los programas de asistencia financiera disponibles. La Política y la Solicitud de Asistencia Financiera de Salud Cass están disponibles de forma gratuita en el sitio correo electrónico y a través de nuestro Asesor Financiero para Pacientes. También puede solicitar que se le envíe uno por correo.

Exclusiones

La póliza solo se aplica a los servicios médicamente necesarios prestados en Salud Cass. No se aplica a los servicios prestados por médicos o profesionales independientes que no son empleados de Salud Cass. Esto incluye, entre otros, la visita de especialistas, anestesiólogos, radiólogos y patólogos.

Otro

A ninguna persona que sea elegible para recibir asistencia financiera se le cobrará más que los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

Tabla de Pautas Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés)

Table		Discount										
		>= 200% of poverty	210%	220%	230%	240%	250%	260%	270%	280%	290%	300%
Size of Family	Unit	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%	0%
1	\$ 15,060.00	\$ 30,120.00	\$ 31,626.00	\$ 33,132.00	\$ 34,638.00	\$ 36,144.00	\$ 37,650.00	\$ 39,156.00	\$ 40,662.00	\$ 42,168.00	\$ 43,674.00	\$ 45,180.00
2	\$ 20,440.00	\$ 40,880.00	\$ 42,924.00	\$ 44,968.00	\$ 47,012.00	\$ 49,056.00	\$ 51,100.00	\$ 53,144.00	\$ 55,188.00	\$ 57,232.00	\$ 59,276.00	\$ 61,320.00
3	\$ 25,820.00	\$ 51,640.00	\$ 54,222.00	\$ 56,804.00	\$ 59,386.00	\$ 61,968.00	\$ 64,550.00	\$ 67,132.00	\$ 69,714.00	\$ 72,296.00	\$ 74,878.00	\$ 77,460.00
4	\$ 31,200.00	\$ 62,400.00	\$ 65,520.00	\$ 68,640.00	\$ 71,760.00	\$ 74,880.00	\$ 78,000.00	\$ 81,120.00	\$ 84,240.00	\$ 87,360.00	\$ 90,480.00	\$ 93,600.00
5	\$ 36,580.00	\$ 73,160.00	\$ 76,818.00	\$ 80,476.00	\$ 84,134.00	\$ 87,792.00	\$ 91,450.00	\$ 95,108.00	\$ 98,766.00	\$ 102,424.00	\$ 106,082.00	\$ 109,740.00
6	\$ 41,960.00	\$ 83,920.00	\$ 88,116.00	\$ 92,312.00	\$ 96,508.00	\$ 100,704.00	\$ 104,900.00	\$ 109,096.00	\$ 113,292.00	\$ 117,488.00	\$ 121,684.00	\$ 125,880.00
7	\$ 47,340.00	\$ 94,680.00	\$ 99,414.00	\$ 104,148.00	\$ 108,882.00	\$ 113,616.00	\$ 118,350.00	\$ 123,084.00	\$ 127,818.00	\$ 132,552.00	\$ 137,286.00	\$ 142,020.00
8	\$ 52,720.00	\$ 105,440.00	\$ 110,712.00	\$ 115,984.00	\$ 121,256.00	\$ 126,528.00	\$ 131,800.00	\$ 137,072.00	\$ 142,344.00	\$ 147,616.00	\$ 152,888.00	\$ 158,160.00
For Each additional family member, add	\$ 5,380.00	\$ 10,760.00	\$ 11,298.00	\$ 11,836.00	\$ 12,374.00	\$ 12,912.00	\$ 13,450.00	\$ 13,988.00	\$ 14,526.00	\$ 15,064.00	\$ 15,602.00	\$ 16,140.00

Hoja de Información de Asistencia Financiera para Pacientes

Complete la siguiente solicitud dentro de los 30 días y devuélvala junto con los documentos requeridos a Salud Cass, atención Asesor Financiero del Paciente, 1501 East 10th St., Atlantic, Iowa 50022. Todas las solicitudes serán revisadas para determinar los criterios de elegibilidad y se enviará una notificación por escrito al solicitante para que se le notifique la decisión final. Toda la información proporcionada en la solicitud o en los archivos adjuntos se mantendrá en la más estricta confidencialidad.

La elegibilidad para la asistencia financiera se considerará para aquellas personas y familias con ingresos anuales iguales o inferiores al 300 por ciento de las Pautas Federales de Pobreza más recientes y que no puedan pagar por su atención, sobre la base de una determinación de la necesidad financiera de acuerdo con esta política. La concesión de asistencia financiera se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera (ingresos) y el tamaño de la familia, y no tendrá en cuenta los activos, estado del seguro, participación en el Mercado de Seguros Médicos, raza, color, sexo, origen nacional, discapacidad, religión, edad, orientación sexual, Identidad de género, o incapacidad de pago.

Los ingresos se basan en los ingresos familiares. Requisitos y cuantía de la prestación, si lo hubiera., se determinan en función de una escala móvil de ingresos. Esta escala es una función de las Pautas Federales de Pobreza y, como tal, cambiará a medida que se ajusten esas pautas.

Los ingresos del hogar se refieren a todos los ingresos en efectivo, antes de impuestos, de todas las fuentes. Incluye sueldos y salarios antes de cualquier deducción. Incluye los recibos del trabajo por cuenta propia, negocio, o granja. Los ingresos también incluyen los pagos de asistencia pública, seguridad social, desempleo, compensación al Trabajador, Beneficios para veteranos, pensión alimenticia, manutención de los hijos, militar asignaciones, gobierno y pensiones privadas, seguro y pagos de anualidades. Las fuentes de ingresos también son intereses, rentas, Ingresos por dividendos, derechos de autor, fincas y fideicomisos, Becas, otorgas, apuestas y ganancias de lotería. La lista anterior de fuentes de ingresos NO es una lista exhaustiva y se proporciona como ejemplos de ingresos. Si un miembro adulto de un hogar está desempleado, se requiere una copia de la presentación de la persona ante la Oficina de Desempleo para el Desarrollo de la Fuerza Laboral de Iowa. Excluye los beneficios no monetarios, como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda.

Los servicios deben considerarse médicamente necesarios. Generalmente, los servicios electivos no están permitidos bajo el Programa de Asistencia Financiera. Una vez aprobada, la solicitud permanece vigente durante tres meses a partir de la fecha de aprobación de la solicitud.

Los servicios elegibles bajo esta política estarán disponibles para el paciente en una escala móvil de tarifas, de acuerdo con la necesidad financiera, según lo determinado en referencia a las Pautas Federales de Pobreza (FPG) vigente en el momento de la determinación. Una vez que Salud Cass haya determinado que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, Ese paciente no recibirá ninguna factura futura basado en cargos brutos no descontados. La base de los montos que Salud Cass cobrará a los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera son los siguientes:

1. Los pacientes cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 200% del FPG son elegibles para recibir atención gratuita.
2. Los pacientes cuyos ingresos familiares son superiores al 200% pero no más del 300% del FPG son elegibles para recibir servicios con un monto con descuento.
3. Los pacientes cuyos ingresos familiares superen el 300% del FPG pueden ser elegibles para recibir tarifas con descuento caso por caso en función de sus circunstancias específicas a discreción de Salud Cass; Sin embargo, las tarifas con descuento no ser mayor que los montos generalmente facturados a (recibidos por el hospital para) pacientes con seguro comercial o de Medicare.
4. Los criterios de elegibilidad para la Asistencia Financiera al Paciente también se describen en la solicitud adjunta. Esta información, junto con las Pautas Federales de Pobreza se proporcionarán a cualquier persona que pregunte sobre asistencia financiera, y también forma parte de esta política.

Solicitud de Asistencia Financiera

La política del Salud Cass es proporcionar servicios esenciales independientemente de la capacidad de pago del paciente. Salud Cass ofrece descuentos basados en el tamaño de la familia y los ingresos anuales. Los descuentos solo se aplican a los servicios médicamente necesarios y no se aplican a los servicios prestados por médicos o profesionales independientes que no son empleados del Salud Cass. Esto incluye, entre otros, a los especialistas visitantes, Anestesiólogos, Radiólogos, y patólogos. Si tiene preguntas, llame al (712) 250-8041 o Correo electrónico financialcounseling@casshealth.org

Nombre _____ Dirección _____ Ciudad, Estado, Código Postal _____ Teléfono (____) _____ Fecha de Nacimiento _____	¿Tiene seguro médico u otra cobertura? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo: Compañía _____ Policy _____ ¿Su atención médica está relacionada con un accidente automovilístico o una lesión laboral?? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Historial de empleo

Nombre de su empleador	
Mes y año de alquiler	
Nombre del empleador del Esposo(a)	
Mes y año de alquiler	

Enumere todos los miembros del hogar a continuación. Marque con un círculo sí o no para indicar si reclama a esta persona como dependiente.

Nombre	Relación	Fecha de Nacimiento	Dependiente
			Si o NO
			Si o NO
			Si o NO
			Si o NO
			Si o NO
			Si o NO

¿Cómo podemos ayudarle a explorar las opciones para obtener cobertura de atención médica? *Las solicitudes de asistencia no se basan en el estado del seguro ni en la participación en el Mercado de Seguros Médicos.*

Adjunte copias de los datos financieros de su hogar. Para verificar los ingresos, proporcione copias de lo siguiente:

- Declaración de impuestos sobre la renta más reciente
- Verifique los talones del trabajo actual o de la compensación por desempleo de los últimos tres meses
- Estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses (opcional)
- Carta de adjudicación del Seguro Social

Revisa todas tus fuentes de ingresos.

<input type="checkbox"/> Salario <input type="checkbox"/> Explotación agrícola o por cuenta propia <input type="checkbox"/> Seguridad social <input type="checkbox"/> Compensación por desempleo <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia/manutención de los hijos <input type="checkbox"/> Asignaciones para familias militares	<input type="checkbox"/> Ingresos de pensión o jubilación <input type="checkbox"/> Dividendos, intereses, rentas <input type="checkbox"/> Asistencia Pública _____ <input type="checkbox"/> Otro _____ <input type="checkbox"/> Sin ingresos / Fecha de la última vez que trabajo _____ <input type="checkbox"/> Regreso esperado al trabajo _____
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Afirmo que la información reportada en esta solicitud de asistencia financiera es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Autorizo la verificación de cualquier información reportada en esta solicitud por parte del Salud Cass. Entiendo que la elegibilidad para el descuento se basa en los ingresos y el tamaño de la familia y no en otros factores (por ejemplo, los activos, el estado del seguro, la participación en el seguro de enfermedad Mercado, ciudadanía, tipo de población. La sección de Recursos de Número de Seguro Social y Activos es opcional para los pacientes de la sala de emergencias y las clínicas ambulatorias.

Firma del solicitante

Fecha

Correo, fax o envíe su solicitud por correo electrónico con toda la documentación de ingresos de respaldo a Cass Health Attn: Patient Financial Advisor, 1501 East 10th Street, Atlantic, IA 50022, Fax (866) 298-3709, o Correo electrónico financialcounseling@casshealth.org. Le notificaremos la determinación final de elegibilidad dentro de los 14 días calendario posteriores a la recepción de una solicitud de asistencia financiera completa.