

Programa de ayuda financiera médica

Self Regional Healthcare (SRH) atiende a todos los pacientes, independientemente de su raza, sexo, credo, nacionalidad, origen y capacidad de pago. Self Regional Healthcare pondrá a disposición servicios médicamente necesarios o urgentes sin costo alguno, a aquellos pacientes que son están en condiciones de pagar y cumplir con ciertos requisitos financieros y de residencia.

Cualquier paciente que solicita ayuda financiera será derivado al consejero financiero de pacientes. Deberá recopilar la documentación e información pertinente a fin de sustentar la aprobación de la solicitud de ayuda financiera médica. Todas las solicitudes completas deben ser firmadas por el paciente o por su representante autorizado.

Servicios cubiertos:

- Toda atención de emergencia y servicios de seguimiento prescritos por SRH.
- Atención hospitalaria y ambulatoria definidas como médicamente necesarias.
- Otros servicios, tales como visitas al consultorio médico o servicios de atención domiciliaria, cuando se solicite.

Servicios no cubiertos:

- Servicios opcionales (entre estos, servicios de estética, bariátricos y dentales).
- Servicios que requieren la expedición de una notificación previa para beneficiarios de Medicare (ABN, por sus siglas en inglés).
- Servicios que por ley están excluidos por Medicare y no requieren una ABN (por ejemplo: productos farmacéuticos, dentales).
- Los médicos que brindan servicios no son empleados del hospital ni están cubiertos por la política de ayuda financiera médica.

Requisitos de residencia:

Para obtener la elegibilidad para el programa de ayuda financiera médica, debe ser residente legal del estado de Carolina del Sur.

Ingresos

Los ingresos de los pacientes debe estar por debajo del 200% del Índice Federal de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) y/o deben reunir los requisitos de protección financiera para eventos médicos catastróficos.

Proceso de solicitud

Debe completar la solicitud de ayuda financiera médica y enviarla por correo postal a:

Self Regional Healthcare
Patient Financial Advocate
1325 Spring Street
Greenwood, SC 29646

Además de la solicitud de ayuda financiera médica completa se requieren los siguientes documentos para que su solicitud pueda proceder:

- Una identificación válida con fotografía de Carolina del Sur y/o gubernamental.
- Prueba de ingresos de todos los familiares en su hogar.
- Comprobante de domicilio actual (recibo de alquiler, licencia de conducir o registro de votante).
- Una copia de su tarjeta de seguro social.
- Verificación de todos los miembros del hogar, incluyendo nombres, parentesco y fechas de nacimiento.
- Estados de cuenta de cheques mensuales o talones de cheques más recientes.
- Declaración federal de impuestos más reciente.
- Si usted figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona, proporcione una copia de tal declaración de impuestos.
- Si es empleado pero no presentó una declaración de impuestos, presente sus ingresos de las últimas ocho semanas antes de la fecha en que entra en vigencia la solicitud.
- Si presentó su solicitud electrónicamente, firme al pie del formulario.
- La verificación de empleo por cuenta propia y/o la prueba de la denegación de elegibilidad para programas tales como, Seguridad Social, Departamento de Servicios Sociales, Indemnización Laboral, Servicios de Manutención Infantil, etc.
- Carta de la Administración de Seguridad Social, si corresponde.

- Declaración de beneficios de desempleo, si corresponde.
- Pagos por concepto de asistencia social por necesidad: AFDC, SSI y otros pagos en efectivo.
- Pensiones y beneficios, anualidades, pensión de jubilación, beneficios para veteranos o por discapacidad.
- Prueba de cualquier póliza de seguro de vida entera.
- Las personas que declaran no tener ingresos, deben proporcionar una declaración de necesidades básicas completa y firmada.

Cómo presentar la solicitud

Paso 1 Pida un formulario de solicitud.

Las solicitudes están disponibles en nuestro sitio web (selfregional.org) o llame al número que aparece en información de contacto.

Paso 2 Complete la solicitud y envíela al:

Consejero financiero de pacientes de
Self Regional Healthcare
1325 Spring Street
Greenwood, SC 29646

Paso 3 Revisamos la solicitud.

La revisaremos para determinar si reúne los requisitos de ayuda financiera. Si existen circunstancias especiales que afectan su capacidad de pago, estas serán revisadas por uno de nuestros consejeros financieros de pacientes.

Paso 4 Recepción de la decisión.

La determinación se toma dentro de los 30 días de haber completado la solicitud de ayuda financiera y el paciente recibirá una carta que informa la decisión. Si se le niega la ayuda, se le informará los motivos de esta denegación.

Gastos médicos catastróficos

La protección financiera para gastos médicos catastróficos se aplica cuando el paciente no está en capacidad de cumplir sus obligaciones financieras debido al monto elevado de sus facturas médicas. Al término de una evaluación financiera y con la correspondiente aprobación administrativa, se podrían otorgar consideraciones especiales para eliminar o reducir el monto de las facturas del paciente.

Descuentos para no asegurados

Conforme a la misión y valores fundamentales de Self Regional Healthcare, los pacientes no asegurados serán tratados en todo momento con justicia y respeto, independientemente de su capacidad de pago.

Todos los pacientes que requieren servicios de salud médicamente necesarios, salvo los procedimientos estéticos y otros procedimientos opcionales que ya tienen descuento, recibirán un descuento de atención administrada, denominado “descuento para no asegurados”.

- Todas las cuentas registradas con autopago se beneficiarán con una reducción automática de los cargos en un 40%.
- Puede aplicarse un descuento adicional de 10% al saldo resultante de la cuenta por “desembolso rápido”, si el paciente paga el total de su factura dentro de los 10 días de la negociación inicial.

Información de contacto:

Si necesita ayuda con el proceso de solicitud, póngase en contacto con el consejero financiero de pacientes que corresponde con la primera letra de su apellido.

Letra del apellido/Número de contacto

A – D/(864) 725-4122 M – R/ (864) 725-4135

E – L/(864) 725-5047 S – Z/(864) 725-6079

Puede encontrar la solicitud y la política completa en www.selfregional.org.

Puede encontrar las traducciones de la política de ayuda financiera médica, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo en www.selfregional.org.

**Su situación financiera no afectará la atención que recibe.
Todos los pacientes serán tratados con respeto y justicia.**