

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

INTRODUCCIÓN

Amery Hospital & Clinic se compromete a brindar atención médica de calidad a nuestros pacientes, incluidos aquellos que necesitan asistencia financiera. Como resultado de esto, nuestra Política de asistencia financiera (que se denomina “FAP” [Financial Assistance Policy] o “la Política”) se encuentra disponible para los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente en función de la capacidad de pago de la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria del paciente. Nuestra Política está disponible para brindar ayuda puntual; no tiene como objetivo proporcionar atención a largo plazo, gratuita ni con descuento. Las solicitudes de asistencia financiera tienen una validez de seis 6 meses. Nuestra Política, cual es actualiza anualmente, establece y describe los requisitos de elegibilidad, cómo calculamos los descuentos, cómo solicitar la asistencia financiera, los proveedores que brindan atención en nuestro Hospital y nuestra política de atención médica de emergencia. Los pacientes pueden obtener copias gratuitas de esta política y del formulario de solicitud de asistencia financiera en persona en todos los lugares de registro de pacientes. Para obtener información adicional o si tiene preguntas acerca del proceso de solicitud, o para solicitar copias por correo, los pacientes pueden comunicarse con nuestro Departamento de Servicios Financieros para el Paciente al 715-268-8000, o al 265 Griffin St. East, Amery, WI 54001. Puede acceder a copias gratuitas de esta Política, del formulario de solicitud y sus traducciones en <https://www.healthpartners.com/care/hospitals/amery>.

NOTIFICACIÓN:

Amery Hospital & Clinic notificará a los pacientes sobre la Política de asistencia financiera de la siguiente manera:

- Ofrecer una copia del Resumen en lenguaje claro de la asistencia financiera a todos los pacientes en el momento del registro.
- Ofrecer una copia del Resumen en lenguaje claro de la asistencia financiera a cada paciente en el momento de la admisión.
- Incluir el Resumen en lenguaje claro de la asistencia financiera con avisos de recopilación enviados por Amery Hospital & Clinic.
- En las declaraciones, se incluye información sobre cómo obtener más información sobre la Política de asistencia financiera de Amery Hospital & Clinic.
- La Política de asistencia financiera de Amery Hospital & Clinic, la solicitud y el resumen en lenguaje claro están disponibles en nuestro sitio web <https://www.healthpartners.com/care/hospitals/amery>.
- Se mostrará una notificación que informe a los pacientes y visitantes sobre la Política de asistencia financiera de Amery Hospital & Clinic en las áreas públicas, incluidas las salas de emergencia y las áreas de registro.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

Amery Hospital & Clinic ha establecido los siguientes requisitos de elegibilidad para que los pacientes reciban asistencia financiera:

- El paciente debe completar la aplicación de asistencia financiera del hospital y brindar toda la documentación solicitada.
- La elegibilidad del paciente para la atención gratuita o con descuento se basará en los ingresos familiares y la cantidad de integrantes de la familia.
 - La familia se define como un grupo de dos o más personas emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción y que residen juntas o se consideran dependientes en la declaración de impuestos del solicitante.
 - Entre los ingresos, se incluyen el salario bruto; las propinas; los ingresos de negocios y de empleo independiente; la compensación por desempleo; la compensación a los trabajadores; el seguro social; la seguridad de ingreso suplementario; los pagos a veteranos; los beneficios para sobrevivientes; los ingresos por jubilación o por pensión; los intereses; los dividendos; las regalías; los ingresos de inmuebles, patrimonios y fideicomisos; la pensión alimenticia; la manutención de menores; la asistencia fuera del hogar; y otras fuentes varias.
- El Hospital brinda asistencia a aquellos pacientes no asegurados y con seguro insuficiente cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 200 % del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL). Los pacientes que cumplan con este criterio recibirán un descuento de asistencia financiera del 100 %.
- Los pacientes con ingresos brutos y cuya cantidad de integrantes de su familia los colocan por encima del 200 % pero por debajo del 300 % del FPL recibirán una asistencia financiera parcial en función de la siguiente tabla:

Cuadro de descuento de asistencia financiera

Cantidad de integrantes de la familia	Nivel de ingresos federales de pobreza (FPL)	% del FPL	Ingresos brutos familiares	% de descuento
1	\$15,060	100%	\$15,060	100%
		150%	\$22,590	100%
		200%	\$30,120	100%
		250%	\$37,650	75%
		300%	\$45,180	47.86%
2	\$20,440	100%	\$20,440	100%
		150%	\$30,660	100%
		200%	\$40,880	100%
		250%	\$51,100	75%
		300%	\$61,320	47.86%
3	\$25,820	100%	\$25,820	100%
		150%	\$38,730	100%
		200%	\$51,640	100%
		250%	\$64,550	75%
		300%	\$77,460	47.86%
4	\$31,200	100%	\$31,200	100%
		150%	\$46,800	100%
		200%	\$62,400	100%
		250%	\$78,000	75%
		300%	\$93,600	47.86%

5	\$36,580	100%	\$36,580	100%
		150%	\$54,870	100%
		200%	\$73,160	100%
		250%	\$91,450	75%
		300%	\$109,740	47.86%
6	\$41,960	100%	\$41,960	100%
		150%	\$62,940	100%
		200%	\$83,920	100%
		250%	\$104,900	75%
		300%	\$125,880	47.86%
7	\$47,340	100%	\$47,340	100%
		150%	\$71,010	100%
		200%	\$94,680	100%
		250%	\$118,350	75%
		300%	\$142,020	47.86%
8	\$52,720	100%	\$52,720	100%
		150%	\$79,080	100%
		200%	\$105,440	100%
		250%	\$131,800	75%
		300%	\$158,160	47.86%
* Agregue \$5,380 por cada persona adicional				

CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA:

1. Los pacientes deben completar la solicitud de asistencia financiera y brindar verificaciones de ingresos adecuadas en persona o por correo a la siguiente dirección: Amery Hospital & Clinic, Patient Financial Services 265 Griffin St East, Amery, WI 54001
2. Los pacientes también pueden enviar por fax las solicitudes completas y las verificaciones de ingresos adecuadas a Servicios Financieros para el Paciente al 715-268-0261
3. Deben proporcionarse las verificaciones de ingresos familiares adecuadas que incluyen una copia de la declaración de impuestos federales 1040 más reciente y actual, los comprobantes de pago de los últimos 60 días, una carta de beneficios para la solicitud de beneficios del Seguro Social, desempleo o discapacidad y la documentación del acuerdo de pensión alimenticia.
4. La solicitud puede imprimirse desde nuestro sitio web en <https://www.healthpartners.com/care/hospitals/amery> o los pacientes pueden obtener una copia llamando a Servicios Financieros para el Paciente al 715-268-8000. Nuestro horario de atención es de lunes a viernes, de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.
5. Los pacientes pueden comunicarse con Servicios Financieros para el Paciente llamando al 715-268-8000 si tienen alguna pregunta acerca de la solicitud o para coordinar o programar una cita con un asesor financiero.
6. El personal designado de Servicios Financieros para el Paciente está disponible para ayudar a los pacientes por teléfono o en persona completando la solicitud.

CÁLCULO DE ASISTENCIA FINANCIERA:

Amery Hospital calcula el nivel de asistencia financiera del paciente de la siguiente manera:

A un paciente elegible para recibir asistencia financiera no se le cobrará más de los montos facturados generalmente (Amounts Generally Billed, AGB) a los pacientes asegurados por el Hospital para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Actualmente, el Hospital determina los AGB multiplicando los cargos brutos de cualquier atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria provista para un paciente elegible para la asistencia financiera mediante un porcentaje de AGB (52.14 %), que es un descuento del 47.86 %. El Hospital calculó este porcentaje dividiendo la suma de todos sus reclamos de atención médicamente necesaria permitidos por las aseguradoras de salud durante un período previo de 12 meses, del 1 de enero de 2023 al 31 de diciembre de 2023, por la suma de los cargos brutos asociados de dichos reclamos.

Por ejemplo: El paciente A tiene una factura de hospital de \$10,000. El paciente A es elegible para recibir asistencia financiera. Amery no le cobrará al paciente A más de \$5,214 por la atención relacionada con esa factura (10,000 X [AGB] 52.14 %).

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Amery Hospital & Clinic puede determinar de forma presunta que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera en función de una determinación de elegibilidad anterior o del cumplimiento de determinadas circunstancias para recibir asistencia financiera, que incluyen las siguientes:

- Falta de hogar
- Servicios médicamente necesarios no cubiertos o pagaderos en virtud de un programa de Medicaid o de una subvención federal entregada a un receptor calificado
- Reunión de los requisitos y fecha de entrada en vigencia para Medicaid luego de las fechas de los servicios
- Fallecido y sin cónyuge sobreviviente

Los servicios excluidos incluían servicios electivos (servicios de estética u otros servicios que no son médicamente necesarios), así como saldos que deberían ser pagados por un seguro, como Medicare, Medicaid, seguro de automóvil, responsabilidad civil o compensación laboral. Amery Hospital & Clinic puede optar por conceder elegibilidad presunta en situaciones de pacientes poco frecuentes o inusuales que no se estipulen específicamente en esta FAP. Al realizar determinaciones de elegibilidad presunta, si el presunto descuento no es el descuento más generoso disponible, Amery Hospital & Clinic notificará a los pacientes y les brindará una cantidad de tiempo razonable para que soliciten la asistencia financiera personalmente.

LISTA DE PROVEEDORES EN EL HOSPITAL

Amery Hospital & Clinic debe enumerar a todos los proveedores, además del Hospital en sí, que brinden servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios en el Hospital, y especificar qué proveedores están cubiertos por esta Política y quiénes no lo están. Esta lista de proveedores se mantiene en un documento distinto. Los pacientes pueden consultar este documento en línea en <https://www.healthpartners.com/care/hospitals/amery> o solicitar una copia impresa a la Oficina de Servicios Financieros para el Paciente de Amery Hospital & Clinic al 715-268-8000.

POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Amery Hospital & Clinic brinda atención, sin discriminación, para afecciones médicas de emergencia a pacientes, independientemente de su capacidad de pago o su elegibilidad para recibir asistencia financiera. El Hospital prohíbe cualquier acción que disuada a los pacientes de buscar atención médica de emergencia. Algunos ejemplos de conductas prohibidas incluyen los siguientes: un empleado o agente del Hospital que demanda a los pacientes del Departamento de Emergencias que paguen antes de recibir el tratamiento de atención médica de emergencia o permita actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión de atención médica de emergencia.

Amery Hospital & Clinic debe cumplir con todos los requisitos aplicables de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y de Trabajo (Emergency Medical Treatment & Labor Act, EMTALA), incluida la realización de exámenes de pruebas médicas, tratamientos de estabilización y remisión o transferencia del paciente a otro centro, si corresponde. Amery Hospital & Clinic debe brindar todos los servicios de emergencia de acuerdo con las condiciones de participación de los Centros de servicios de Medicare y Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS).

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO DISTINTA

Las medidas que Amery Hospital & Clinic puede tomar en caso de falta de pago se describen en una Política de Facturación y Cobro independiente. Puede consultar y descargar una copia gratuita de la Política de Facturación y Cobro del Hospital en nuestro sitio web en <https://www.healthpartners.com/care/hospitals/amery>