

POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

Westfields Hospital & Clinic se compromete a brindar atención médica de calidad a nuestros pacientes, incluidos aquellos que necesitan ayuda financiera. Como resultado de esto, nuestra Política de ayuda 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 ayuda financiera tienen una validez de seis 6 meses. Nuestra Política establece y describe los requisitos de elegibilidad, cómo calculamos los descuentos, cómo solicitar la ayuda 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 ayuda financiera en persona en todos los lugares de registro de pacientes. Para obtener información adicional o si tienen preguntas acerca del proceso de solicitud, o bien si desean solicitar copias por correo, los pacientes pueden llamar a nuestro Departamento de Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services Department) al 1-715-243-2600, o bien acudir personalmente en 535 Hospital Road, New Richmond WI. Puede acceder a copias gratuitas de esta política, el formulario de solicitud y sus traducciones en <https://www.healthpartners.com/care/hospitals/westfields>.

REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

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

- Se les puede solicitar al paciente y a los integrantes de la familia que brinden evidencia de que se les han denegado o se les denegarán prestaciones gubernamentales, como Medicaid. Se puede(n) solicitar la(s) carta(s) de rechazo de los beneficios gubernamentales.
- El paciente debe agotar por completo cualquier programa de asistencia gubernamental disponible y cualquier beneficio de seguro de salud disponible.
- El paciente debe completar la aplicación de ayuda financiera (Financial Assistance Aplicación) 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, en la cantidad de integrantes de la familia y en [otros factores, p. ej., bienes] de la siguiente manera:
 - o Los pacientes deben brindar documentación de los bienes familiares, como dinero en efectivo y otros activos líquidos, para la revisión de la solicitud.
 - o Los activos líquidos incluyen dinero en efectivo de propiedades que se puede convertir fácilmente en dinero en efectivo, como cuentas de ahorros y cuentas corrientes, acciones, bonos, certificados de depósito, anualidades de vida y cuentas del mercado monetario. Los fondos de jubilación (p. ej., cuentas 401K, cuentas de retiro individual [Individual Retirement Account, IRA] y anualidades diferidas) están excluidos de los activos líquidos. Puede solicitarse la documentación de los activos líquidos.
 - o Los activos líquidos que superen los \$20,000 se incluyen en el cálculo de ingresos.
 - o 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 ayuda financiera del 100 %.
 - o 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 ayuda financiera parcial en función de la siguiente tabla:

Cuadro de descuento de ayuda financiera				
Family Size	Federal Poverty Income level (FPL)	% FPL	Family Gross Income	Discount %
1	\$14,850	100%	\$14,850	100%
		150%	\$22,275	100%
		200%	\$29,700	100%
		250%	\$37,125	75%
		300%	\$44,550	50%
2	\$19,720	100%	\$19,720	100%
		150%	\$29,580	100%
		200%	\$39,440	100%
		250%	\$49,300	75%
		300%	\$59,160	50%
3	\$24,860	100%	\$24,860	100%
		150%	\$37,290	100%
		200%	\$49,720	100%
		250%	\$62,150	75%
		300%	\$74,580	50%
4	\$30,000	100%	\$30,000	100%
		150%	\$45,000	100%
		200%	\$60,000	100%
		250%	\$75,000	75%
		300%	\$90,000	50%
5	\$35,140	100%	\$35,140	100%
		150%	\$52,710	100%
		200%	\$70,280	100%
		250%	\$87,850	75%
		300%	\$105,420	50%
6	\$40,280	100%	\$40,280	100%
		150%	\$60,420	100%
		200%	\$80,560	100%
		250%	\$100,700	75%
		300%	\$120,840	50%
7	\$45,420	100%	\$45,420	100%
		150%	\$68,130	100%
		200%	\$90,840	100%
		250%	\$113,550	75%
		300%	\$136,260	50%
8	\$50,560	100%	\$50,560	100%
		150%	\$75,840	100%
		200%	\$101,120	100%
		250%	\$126,400	75%
		300%	\$151,680	50%
* For eight or more add \$5,140 for each additional person				

CÓMO SOLICITAR AYUDA FINANCIERA:

1. Los pacientes deben completar la Solicitud de ayuda financiera y brindar verificaciones de ingresos adecuadas en persona o por correo a la siguiente dirección: Westfields Hospital & Clinic, Patient Financial Services 535 Hospital Road New Richmond, WI 54017.
2. Los pacientes también pueden enviar por fax las solicitudes completas y las verificaciones de ingresos adecuadas a Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services) al 715-243-2786.
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 o una carta de beneficios para la solicitud de beneficios del Seguro Social (Social Security), 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/westfields> o los pacientes pueden obtener una copia llamando a Servicios Financieros para el Paciente al 715 243 2600. Nuestro horario de atención es de lunes a jueves de 8:00 a.m. a 4:30 p.m.
5. Los pacientes pueden comunicarse con los Servicios Financieros para el Paciente (Patient Financial Services) llamando al 715-243-2600 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. Los pacientes pueden ponerse en contacto con el Departamento de Servicios Humanos del condado en el que residen o llamar a Asistencia Médica de Wisconsin (Wisconsin Medical Assistance) al (608) 266-1865 para solicitar ayuda para postularse en programas gubernamentales, como asistencia médica (Medical Assistance).

CÁLCULO DE AYUDA FINANCIERA

Westfields Hospital & Clinic calcula el nivel de ayuda financiera del paciente de la siguiente manera: A un paciente elegible para recibir ayuda 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 a un paciente elegible para la ayuda financiera mediante un porcentaje de AGB del 55 %, que es un descuento del 45 %. 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 al 31 de diciembre de 2022, por la suma de los cargos brutos asociados de dichos reclamos.

- 4 Por ejemplo: El paciente A tiene una factura de hospital de \$10,000. El paciente A es elegible para recibir ayuda financiera. Westfields Hospital & Clinic no le cobrará al paciente A más de \$5,500 por la atención relacionada con esa factura ($10,000 \times [AGB] 55.0 \%$).

Por ejemplo: El paciente A tiene una factura de hospital de \$10,000. El paciente A es elegible para recibir ayuda financiera. Westfields no le cobrará al paciente A más de \$5,520 por la atención relacionada con esa factura ($10,000 \times [AGB] 55 \%$).

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Westfields Hospital & Clinic puede determinar de forma presunta que un paciente es elegible para recibir ayuda financiera en función de una determinación de elegibilidad anterior o del cumplimiento de determinadas circunstancias para recibir ayuda 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. Westfields 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, Westfields Hospital & Clinic notificará a los pacientes y les brindará una cantidad de tiempo razonable para que soliciten la ayuda financiera personalmente.

LISTA DE PROVEEDORES EN EL HOSPITAL

Westfields 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 online en <https://www.healthpartners.com/care/hospitals/westfields> o solicitar una copia impresa a la Oficina de Servicios Financieros para el Paciente de Westfields Hospital & Clinic (Patient Financial Services Office) al 715-243-2600.

POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Westfields Hospital & Clinic brinda atención, sin discriminación, para afecciones médicas de emergencia a pacientes, independientemente de su capacidad de pago o su elegibilidad para recibir ayuda 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.

Westfields debe cumplir con todos los requisitos aplicables de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y de Trabajo (Emergency Medical Treatment and 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. Westfields Hospital & Clinic debe brindar todos los servicios de emergencia de acuerdo con las condiciones de participación de los CMS.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO DISTINTA

Las medidas que Westfields Hospital & Clinic puede tomar en caso de falta de pago se describen en una Política de Facturación y Cobro (Billing & Collections Policy) independiente. Puede ver y descargar una copia gratuita de la Política de Facturación y Cobro del hospital (Hospital 's Billing & Collections Policy) en nuestro sitio web en <https://www.healthpartners.com/care/hospitals/westfields>