

OBJETIVO

El objetivo de esta política es definir la misión benéfica de Upland Hills Health Inc. (el “Hospital”) que les proporciona a los pacientes que tienen problemas financieros y a otros pacientes que reúnen los requisitos una vía para solicitar y recibir atención gratuita o con descuento conforme a los requisitos del Código de Impuestos Internos y otras regulaciones.

I. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Las siguientes clases de personas y categorías de atención son elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política:

A. Financieramente indigente

Para calificar como financieramente indigente, el paciente debe estar sin seguro o con un seguro insuficiente y tener ingresos familiares iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza; no obstante, los pacientes que cumplan con el criterio de ingresos familiares mínimos, pero que tengan un patrimonio neto que supere el 25 % del total de las facturas médicas pendientes no califican como indigentes financieramente. El patrimonio neto total de la familia del paciente/garante no puede superar los \$175,000.

Las siguientes definiciones se aplican a dichos criterios de elegibilidad:

“Sin seguro”: un paciente que (i) no tiene seguro ni cobertura de salud de ningún programa gubernamental de atención médica, y (ii) no es elegible para ningún otro pago de terceros, como indemnización por accidente de trabajo o reclamaciones contra otros por accidentes.

“Con seguro insuficiente”: un paciente que (i) tiene cobertura de seguro de salud limitada que no brinda cobertura para servicios hospitalarios u otros servicios médicamente necesarios proporcionados por el Hospital; (ii) ha superado la responsabilidad máxima de la cobertura de su seguro, o (iii) tiene un copago o deducible que se evalúa a partir del contrato de seguro del paciente.

“Ingresos familiares”: los ingresos totales de todos los miembros que viven en la vivienda del paciente durante los doce (12) meses anteriores a la solicitud de asistencia en virtud de esta política.

“Familia”: el paciente/garante, su cónyuge y sus dependientes legales, conforme a las normas del Servicio de Impuestos Internos. Si el paciente designa a alguien como dependiente en su declaración de impuestos a la renta, podría ser considerado como dependiente a los fines de la atención no remunerada.

“Ingreso”: las recepciones totales en efectivo de todas las fuentes, antes de impuestos, que incluyen, entre otras, sueldos brutos, salarios, dividendos, intereses,

asignaciones militares, pagos de asistencia pública, seguro social, compensación por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, beneficios de VA, manutención infantil, pensión alimenticia, ingresos por pensión, pagos de seguro y anualidades, reembolsos de impuestos e ingresos de rentas, regalías, propiedades y fideicomisos.

Los ingresos anuales se determinarán a partir de la declaración de impuestos más reciente o la información (anualizada) de pago más reciente. Estos ingresos se verán modificados por eventos inusuales, como incapacidad para trabajar (p. ej., debido a accidente, enfermedad, finalización del trabajo) o cambio de trabajo (incluidos trabajo nuevo y mejorado, y trabajo con compensación reducida).

“Patrimonio neto”: el valor del activo neto (activos - pasivo [excepto los pasivos del Hospital]) de todos los miembros que viven en la vivienda del paciente durante los doce (12) meses anteriores a la solicitud de asistencia en virtud de esta política.

B. Medicamento indigente

Para calificar como medicamento indigente, el paciente debe tener facturas médicas del Hospital que excedan el 25 por ciento de lo que sea mayor entre sus ingresos familiares o el patrimonio neto.

C. Falta de solicitud de asistencia

A fin de ser elegible en virtud de esta política, los pacientes deben cooperar con Upland Hills Health, Inc. para explorar medios alternativos de asistencia y, de ser necesario, incluso la solicitud o las acciones necesarias para garantizar la cobertura de Medicare, Medicaid y el Intercambio de Seguros de Salud. Los pacientes deberán proporcionar la información y documentación necesarias en el momento de solicitar un descuento en virtud de esta política o para otros programas de pago privados o públicos.

Si parece probable que un solicitante cumple los requisitos para recibir asistencia de otros programas privados o públicos, pero se niega a solicitarla, Upland Hills Health podría rechazar su solicitud de atención no remunerada.

D. Categorías de atención elegible para asistencia financiera

Siempre y cuando el paciente califique como financieramente indigente o medicamento indigente, las siguientes clases de atención son elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política:

- Atención médica de emergencia
- Atención médicamente necesaria

Independientemente del estado de un paciente como financieramente indigente o medicamento indigente, los procedimientos estéticos o la atención que no sea médicamente necesaria no son elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

Médicamente necesario se define como: atención que no es opcional y que es necesaria a fin de evitar la muerte o efectos adversos para la salud del paciente.

II. PROVEEDORES CUBIERTOS

Los servicios prestados por Upland Hills Health Hospital, Upland Hills Health Center y Upland Hills Health Clinics en Spring Green, Montfort, Highland, Mount Horeb, Barneveld y Mineral Point Medical Center de Upland Hills Health, y Dodgeville Medical Center de Upland Hills Health están cubiertos por esta póliza. Los servicios prestados por Upland Hills Health Nursing and Rehab, Home Health, Hospice y Upland Hills Hometown Medical Equipment, LLC no están cubiertos por esta póliza.

La atención proporcionada por médicos independientes de la comunidad y otros proveedores de servicios independientes no está sujeta a esta política. Los pacientes deben ponerse en contacto con estos proveedores a fin de determinar si la atención es elegible para recibir asistencia financiera.

Los pacientes pueden obtener una lista vigente de proveedores que están y que no están sujetos a esta política sin cargo visitando Especialistas de beneficios para pacientes en Upland Hills Health, llamando al (608) 930-7200, int. 4145 o visitando www.uplandhillshealth.org/patient-visitor/patient-resources/billing-questions.

III. LÍMITE SOBRE LOS CARGOS Y CÁLCULO DEL MONTO ADEUDADO

A los pacientes que se consideran elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política no se les cobrará la atención cubierta por esta política más los montos generalmente facturados por el Hospital a las personas que tienen seguro de salud que cubre dicha atención. Los descuentos otorgados a pacientes elegibles en virtud de esta política se harán a los cargos brutos.

A. Cálculo de montos generalmente facturados

El “monto generalmente facturado” o “AGB” es el monto que el Hospital, por lo general, les factura a los pacientes asegurados. El Hospital determina su AGB a través del método que se detalla a continuación.

El Hospital utiliza el método retrospectivo para establecer su AGB y el porcentaje de AGB. El AGB son los cargos brutos del Hospital multiplicados por el porcentaje de AGB. Los pacientes pueden obtener el porcentaje de AGB más actualizado del Hospital y una descripción del cálculo por escrito, sin cargo, visitando la oficina de servicios financieros para pacientes del Hospital, la mesa de entrada de la sala de emergencias o la mesa de admisiones, llamando al (608) 930-7200, int. 4145 o visitando www.uplandhillshealth.org/patient-visitor/patient-resources/billing-questions.

El Hospital calcula su porcentaje de AGB todos los años. A los fines de esta política, cada porcentaje de AGB nuevo se implementará dentro de los 120 días del período de 12 meses utilizado por el Hospital para calcular el porcentaje de AGB.

B. Monto de asistencia financiera/descuento

Los pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera como **financieramente indigentes** son elegibles para recibir asistencia financiera según la siguiente escala móvil de cargos:

FPL	0-200 %	201-250 %	251-300 %	301-400 %
Descuento	100 %	80 % de descuento o porcentaje del valor generalmente facturado (AGB), lo que implique el mayor descuento	65 % de descuento o porcentaje del AGB, lo que implique el mayor descuento	Descuento por el porcentaje del AGB

Los pacientes que reúnen los requisitos para recibir la asistencia financiera como **médicamente indigentes** serán responsables de sus facturas médicas por hasta el 25 % de los ingresos familiares o del patrimonio neto, lo que sea mayor. Cualquier monto restante se considerará asistencia financiera en virtud de esta política.

Si la asistencia financiera proporcionada al paciente genera un cargo mayor que el AGB, el paciente deberá recibir asistencia financiera adicional para que no sea personalmente responsable por una suma mayor que el AGB. Para determinar si a un paciente elegible se le ha cobrado una suma mayor que el AGB, el Hospital tiene en cuenta solo aquellos montos que son obligación personal del paciente. Los montos recibidos de pagadores externos no se consideran cobrados del paciente.

IV. PROCESO DE SOLICITUD Y DETERMINACIÓN

Los pacientes que consideren que podrían reunir los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de esta política deben enviar una solicitud en el formulario de solicitud de asistencia financiera del Hospital durante el Período de solicitud. Las solicitudes completas deben enviarse a Upland Hills Health, ATTN: Patient Benefit Specialist, 800 Compassion Way, Dodgeville WI 53533.

A los fines de esta política, el “Período de solicitud” comienza en la fecha en que se brinda atención al paciente y finaliza (i) el día 240 después de la fecha en que se le entregue al paciente el primer resumen de cuenta posterior al alta (ya sea como paciente internado o como paciente externo) O (ii) no menos de 30 días después de la fecha en que el Hospital le entregue al paciente el aviso final requerido para comenzar las Acciones de cobro extraordinarias (Extraordinary Collection Actions, “ECA”), lo que sea posterior.

Los pacientes pueden obtener una copia de esta política, un resumen en lenguaje sencillo de esta política y una solicitud de asistencia financiera sin cargo (i) por correo, llamando al (608) 930-7200, int. 4145, (ii) descargándolos de www.uplandhillshealth.org/patient-visitor/patient-resources/billing-questions, o (iii) en persona en (a) la sala de emergencias, (b) cualquier área de admisión o (c) el Departamento de Especialistas en beneficios de pacientes.

Una solicitud aprobada para recibir asistencia financiera tendrá vigencia durante un período de hasta seis (6) meses desde la fecha en que la solicitud fue aprobada. No se deberá presentar una nueva solicitud. Un cambio en la situación financiera o la incorporación de elegibilidad de un pagador externo podría modificar el período de aprobación y requerir revisión adicional.

A. Solicitudes completas

Tras su recepción, el Hospital suspenderá todas las ECA tomadas contra el paciente y procesará, revisará y tomará una determinación respecto de las solicitudes de asistencia financiera completas que se presentaron durante el Período de solicitud, como se establece a continuación. El Hospital podrá, a su criterio exclusivo, aceptar las solicitudes de asistencia financiera completas presentadas después del Período de solicitud.

La determinación de elegibilidad para la asistencia financiera debe ser tomada por un especialista en beneficios de pacientes, el director del Ciclo de ingresos y el director financiero.

A menos que se demore como se establece en el presente, dicha determinación se tomará dentro de los 30 días posteriores a la presentación de una solicitud completa a tiempo.

A fin de ser considerada “completa”, la solicitud de asistencia financiera debe proporcionar toda la información solicitada en el formulario y en las instrucciones del formulario.

El Hospital no tendrá en cuenta una solicitud incompleta o denegará la asistencia financiera si no se proporciona información requerida en la solicitud o en las instrucciones que la acompañan. El Hospital podría tener en cuenta, en el momento de hacer su determinación (y para determinar si la solicitud del paciente está completa), la información proporcionada por el paciente más allá de la solicitud.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar una solicitud de asistencia financiera, el paciente puede comunicarse con un especialista en beneficios de pacientes de Upland Hills Health por teléfono o en persona. Las personas que necesitan ayuda deben llamar al (608) 930-7200, int. 4145, a fin de obtener asistencia o para concertar una cita.

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completa durante el Período de solicitud y el Hospital determina que el paciente podría ser elegible para recibir asistencia a través de un programa privado o público (incluida la participación en Medicaid), el Hospital le notificará al paciente, por escrito, respecto de dicha posible elegibilidad y le solicitará que tome las medidas necesarias para inscribirse en dicho programa. En tales circunstancias, el Hospital demorará el procesamiento de la solicitud de asistencia financiera del paciente hasta que la

solicitud del paciente para estos programas privados o públicos (p. ej., Medicaid) esté completa, se envíe a la autoridad gubernamental necesaria y se haya tomado una determinación. Si el paciente no envía una solicitud dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud del Hospital, el Hospital procesará la solicitud de asistencia financiera completa y la asistencia financiera será rechazada por incumplimiento de los criterios de elegibilidad establecidos en la presente.

B. Solicitudes incompletas

El Hospital no procesará las solicitudes incompletas. Si un paciente envía una solicitud incompleta, el Hospital suspenderá las ECA y le enviará al paciente un aviso por escrito en el que indique qué información o documentación adicional se necesita para completar la solicitud. El aviso por escrito incluirá la información de contacto (número de teléfono y ubicación física de la oficina) de la asistencia financiera para pacientes. El aviso le otorgará al paciente al menos 30 días para proporcionar la información requerida; siempre y cuando, no obstante, el paciente envíe una solicitud completa antes de la finalización del Período de solicitud, el Hospital aceptará y procesará la solicitud como completa.

C. Elegibilidad presunta

Upland Hills Health Inc. podría consultar o confiar en fuentes externas o en recursos de inscripción de otros programas en el caso de que los pacientes carezcan de documentación que respalde su elegibilidad o circunstancia individual. A su exclusivo criterio, cuando un paciente no pueda proporcionar la documentación necesaria para respaldar una determinación de elegibilidad, Upland Hills Health, Inc. podría proporcionar servicios gratuitos o con descuento conforme a este Programa en los siguientes casos:

1. El paciente no tiene hogar.
2. El paciente es remitido de la Community Connections Free Clinic - Dodgeville WI para radiografías y análisis de laboratorio. Los pacientes remitidos para procedimientos programados deberán completar la solicitud de atención no remunerada para que el programa la revise.
3. El paciente es elegible para otros programas de asistencia estatales o locales que no tienen financiación.
4. El paciente es elegible para recibir asistencia en virtud de la Ley de Víctimas de Delitos o la Ley de Acoso Sexual.
5. El paciente falleció, no tiene cónyuge y no se han presentado propiedades ante el sistema judicial dentro de los 12 meses o del vencimiento o, en el momento, se puede determinar que el paciente no tiene activos que requieren la presentación de una propiedad.
6. El paciente recibe una declaración de bancarrota dentro de los seis meses inmediatamente antes de la fecha de la solicitud si el solicitante busca una consideración de cualquier cuenta activa no liberada como parte de la declaración de bancarrota.
7. La dirección válida del paciente se considera una vivienda con bajos ingresos o subsidiada y el paciente autoriza a la autoridad de vivienda aplicable a validar el ingreso o el patrimonio neto directamente al Hospital.

8. Si se determina que un paciente fue aprobado para recibir Medicaid, todas las cuentas que estén actualmente en A/R con UHH se amortizarán en la atención no remunerada después de que se reciba el pago del seguro.

Se le informarán al paciente los criterios utilizados para determinar la elegibilidad para la atención con descuento o gratuita. Si al paciente se le aprueba menos que el descuento más generoso a través de la elegibilidad presunta, se le proporcionará información al paciente sobre cómo solicitar atención gratuita a través del proceso de solicitud.

V. ACCIONES DE COBRO

Se les ofrecerá a los pacientes un resumen en lenguaje simple de la política de asistencia financiera en el momento en que se registren o antes de recibir el alta del Hospital. Además, todos los resúmenes de cuenta incluirán un aviso por escrito visible respecto de la disponibilidad de asistencia, incluida la información de contacto que identifique dónde podría obtener el paciente información adicional y documentos relacionados con la asistencia financiera y el sitio web donde se pueden encontrar dichos documentos.

El Hospital o sus representantes autorizados podrían enviar la factura de un paciente a una agencia de cobros externa o tomar cualquiera de las siguientes acciones de cobro extraordinarias (ECA) en el caso de que no se paguen las facturas pendientes:

- Presentación de informe ante las agencias de crédito
- Demanda legal
- Venta de la cuenta a un tercero
- Embargo de sueldos

El Hospital podría entregar la factura de un paciente a una agencia de cobro 120 días después de que la primera factura de atención haya sido entregada al paciente. El Hospital no tomará ECA contra un paciente ni cualquier otra persona que haya aceptado y esté obligado a aceptar responsabilidad financiera por un paciente a menos, y hasta, que el Hospital haya hecho los “esfuerzos razonables” para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de esta política. El especialista en beneficios de pacientes, el director del Ciclo de ingresos y el director financiero son responsables de determinar si el Hospital realizó los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera.

A. Falta de presentación de la solicitud

Si un paciente no presentó una solicitud de asistencia financiera, el Hospital ha realizado “esfuerzos razonables” siempre y cuando:

1. No tome ECA contra el paciente durante, al menos, 120 días desde la fecha en que el Hospital le proporciona al paciente la primera factura después del alta por la atención.
2. Brinde un aviso con, al menos, treinta (30) días de anticipación al paciente en el que:
 - se notifique al paciente sobre la disponibilidad de asistencia financiera;

- se identifiquen las ECA específicas que el Hospital pretende iniciar contra el paciente, y
 - se indique un plazo después del cual se podrían iniciar las ECA. Este plazo no puede ser anterior a los 30 días después de la fecha en que el paciente recibe el aviso;
3. Brinde un resumen en lenguaje simple de la política de asistencia financiera con el aviso antes mencionado.
 4. Haga un esfuerzo razonable por notificar de forma oral al paciente sobre la posible disponibilidad de asistencia financiera al menos 30 días antes de iniciar ECA contra el paciente y se notifique cómo la persona podría obtener asistencia con el proceso de solicitud de asistencia financiera.
 5. Si al paciente se le otorgó asistencia financiera a partir de una determinación de elegibilidad presunta, el Hospital le haya proporcionado al paciente el aviso requerido en la política de asistencia financiera.

B. Solicitudes incompletas

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera incompleta durante el Período de solicitud, los “esfuerzos razonables” se habrán cumplido si el Hospital:

1. Le brinda al paciente un aviso por escrito en el que se indique la información o documentación adicional necesaria para completar la solicitud. El aviso por escrito debe incluir la información de contacto (número de teléfono y ubicación física de la oficina) del departamento del Hospital que puede brindar una solicitud de asistencia financiera y asistencia con el proceso de solicitud. El aviso debe facilitarle al paciente 30 días, como mínimo, para proporcionar la información requerida.
2. Suspende las ECA que se tomaron contra el paciente, si las hubiera, durante el período de respuesta asignado en el aviso, como mínimo.

Si el paciente no presenta la información solicitada dentro del período asignado, se podrán reanudar las ECA; siempre y cuando, no obstante, el paciente presente la información solicitada durante el Período de solicitud, el Hospital deberá suspender las ECA y tomar una determinación respecto de la solicitud.

C. Solicitudes completas

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completa, los “esfuerzos razonables” se habrán cumplido si el Hospital realiza lo siguiente:

1. Suspende todas las ECA tomadas contra la persona, si las hubiera.
2. Toma una determinación respecto de la elegibilidad para recibir la asistencia financiera como se establece en la política de asistencia financiera.
3. Le brinda al paciente un aviso por escrito que (i) indique la asistencia financiera para la que el paciente es elegible o (ii) deniegue la solicitud. El aviso debe incluir los fundamentos de la determinación.

Si el Hospital pidió que el paciente solicitara asistencia a través de un programa público o privado, como Medicaid, el Hospital suspenderá todas las ECA que haya tomado contra el paciente hasta que la solicitud del paciente (p. ej., solicitud de Medicaid) haya sido procesada o sea denegada por no solicitar la cobertura (p. ej., cobertura de Medicaid) de manera oportuna.

Si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera que no sea atención gratuita, el Hospital:

1. Le entregará al paciente una factura revisada en la que se estipule: (i) el monto que el paciente adeuda por la atención proporcionada después de solicitar la asistencia financiera, (ii) cómo se determinó el monto revisado; y (iii) ya sea el AGB por la atención proporcionada o instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener información sobre el AGB por la atención proporcionada.
2. Le proporcionará al paciente un reembolso por cualquier monto que el paciente haya pagado en exceso del monto adeudado al Hospital (a menos que dicho monto sea inferior a \$5).
3. Tomará las medidas razonables para revertir cualquier ECA tomada contra el paciente.

VI. ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

El tratamiento médico de emergencia se proporcionará independientemente de la capacidad de pagar e independientemente de si el paciente reúne los requisitos para recibir la asistencia financiera en virtud de la política de asistencia financiera. El Hospital no tomará ninguna medida que pudiera interferir con la prestación del tratamiento médico de emergencia, por ejemplo, al solicitar el pago antes de recibir el tratamiento para afecciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deuda que interfieran con la prestación de atención médica de emergencia en el departamento de emergencias. El tratamiento médico de emergencia se proporcionará de conformidad con las políticas del Hospital que rigen e implementando la Ley de tratamiento médico de emergencia y de parto activo.