

OBJETIVO

El objetivo de esta política es definir la misión benéfica de Upland Hills Health Inc. (el “Hospital”), que les da a los pacientes que tienen problemas económicos y a otros pacientes que califican una vía para solicitar y recibir atención gratuita o con descuento coherente con los requisitos del Código de Rentas Internas y otras reglamentaciones.

I. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

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

A. Económicamente indigente

Para calificar como económicamente indigente, el paciente debe estar sin seguro o con un seguro insuficiente, y tener ingresos del grupo familiar iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza; sin embargo, los pacientes que cumplan el criterio de ingreso mínimo del grupo familiar, pero que tengan un patrimonio neto que supere el 25 % de las facturas médicas pendientes no califican como económicamente indigentes. El patrimonio neto total de la familia del paciente/garante no puede superar los \$200,000.

Las siguientes definiciones se aplican a dichos criterios de elegibilidad:

“Sin seguro”: un paciente que: (i) no tiene seguro médico ni cobertura en virtud de ningún programa gubernamental de atención médica; y (ii) no es elegible para ningún otro pago de terceros, como compensación a los trabajadores o reclamos contra otros que incluyen accidentes.

“Con seguro insuficiente”: un paciente que: (i) tiene cobertura de seguro médico limitada que no da cobertura para servicios de hospital u otros servicios médicamente necesarios que el Hospital presta; (ii) ha superado la responsabilidad máxima de la cobertura en virtud de su seguro; o (iii) tiene un copago o deducible que se evalúa en virtud del contrato de seguro del paciente.

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

Se define grupo familiar como: el paciente/garante, su cónyuge y sus dependientes legales, según las normas del Servicio de Rentas Internas. Si el paciente designa a alguien como dependiente en su declaración de impuesto sobre la renta, se podría considerar como dependiente para la atención no remunerada.

Se define ingresos como: las recepciones totales en efectivo de todas las fuentes, antes de impuestos, incluyendo, entre otras, sueldos brutos, salarios, dividendos, intereses, asignaciones militares, pagos de asistencia pública, seguro social, subsidio de

desempleo, compensación a los trabajadores, beneficios de VA, manutención de niños, pensión alimenticia, ingresos por pensión, pagos de seguro y anualidades, reembolsos de impuestos e ingresos por alquiler, 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 (por ejemplo, por accidente, enfermedad, desvinculación del trabajo) o cambio de trabajo (incluyendo trabajo nuevo y mejorado, y trabajo con compensación reducida).

“Patrimonio neto”: el valor del activo neto (activos - pasivos [excepto los pasivos del Hospital]) de todos los miembros que viven en el grupo familiar 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 los ingresos de su grupo familiar o el patrimonio neto, el que sea mayor.

C. No presentar una solicitud de asistencia

Para 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 Health Insurance Exchange. Los pacientes deberán dar la información y documentación necesarias cuando soliciten un descuento en virtud de esta política o para otros programas de pago privados o públicos.

Si parece probable que un solicitante califique 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 elegibles para recibir asistencia económica

Siempre que el paciente califique como económicamente indigente o medicamento indigente, las siguientes clases de atención son elegibles para recibir asistencia económica en virtud de esta política:

- Atención médica de emergencia
- Atención médicamente necesaria

Independientemente del estado de un paciente como económicamente indigente o medicamento indigente, los procedimientos estéticos o la atención que no sea médicamente necesaria no es elegible para recibir asistencia económica en virtud de esta política.

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

II. PROVEEDORES CUBIERTOS

Los servicios que prestan Upland Hills Health Hospital, Upland Hills Health Center y Upland Hills Health Clinic Mount Horeb están cubiertos por esta política. Los servicios que prestan Upland Hills Health Clinics en Spring Green, Montfort, Highland, Barneveld, Mineral Point Medical Center of Upland Hills Health y Dodgeville Medical Center of Upland Hills Health están cubiertos por la Política de escala de tasas variables o la Política de atención no remunerada, dependiendo del ingreso y el tamaño de la familia. Los grupos familiares con el 200 % del FPL o por debajo de este basado solo en los ingresos anuales y el tamaño de la familia estarán cubiertos en virtud de la Política de escala de tasas variables. Los grupos familiares por encima del 200 % del FPL pueden calificar en virtud de la Política de atención no remunerada. Los servicios que prestan Nursing and Rehab, Home Health, Hospice de Upland Hills Health y Upland Hills Hometown Medical Equipment, LLC no están cubiertos por esta política.

La atención prestada por médicos independientes de la comunidad y otros proveedores de servicios independientes no está sujeta a esta política. Los pacientes se deben comunicarse con estos proveedores para determinar si la atención es elegible para recibir asistencia económica.

Los pacientes pueden recibir sin cargo una lista vigente de proveedores que están y que no están sujetos a esta política visitando especialistas de beneficios para pacientes en Upland Hills Health, llamando al (608) 930-8000, ext. 4145 o visitando www.uplandhillshealth.org/patient-visitor/patient-resources/billing-questions.

III. LÍMITE SOBRE LOS CARGOS Y CÁLCULO DE LA CANTIDAD ADEUDADA

A los pacientes que se consideran elegibles para recibir asistencia económica en virtud de esta política no se les cobrará por la atención cubierta por esta política más que las cantidades generalmente facturadas por el Hospital a las personas que tienen seguro médico que cubre dicha atención. Los descuentos dados a pacientes elegibles en virtud de esta política se harán sobre los cargos brutos.

A. Cálculo de las cantidades generalmente facturadas

La “cantidad generalmente facturada” o “AGB” es la cantidad que el Hospital generalmente les factura a los pacientes asegurados. El Hospital determina su AGB mediante el método que se detalla abajo.

El Hospital usa el método retroactivo para establecer su AGB y el porcentaje de AGB. La AGB son los cargos brutos del Hospital multiplicados por el porcentaje de AGB. Los pacientes pueden recibir el porcentaje de AGB más actualizado del Hospital y una descripción del cálculo por escrito, sin cargo, visitando la Oficina de Servicios Económicos para Pacientes del Hospital, la recepción de la Sala de Emergencias o la recepción de ingresos, llamando al (608) 930-8000, ext. 4145 o visitando www.uplandhillshealth.org/patient-visitor/patient-resources/billing-questions.

El Hospital calcula su porcentaje de AGB todos los años. Para esta política, cada nuevo porcentaje de AGB se implementará en un plazo de 120 días del período de 12 meses que el Hospital usa para calcular el porcentaje de AGB.

B. Cantidad de asistencia económica/descuento

Los pacientes que califican para recibir asistencia económica como **económicamente indigentes** son elegibles para recibir asistencia económica en virtud de la siguiente escala de tasas variables:

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

Los pacientes que califican para recibir la asistencia económica como **médicamente indigentes** serán responsables de sus facturas médicas hasta el 25 % de los ingresos del grupo familiar o del patrimonio neto, lo que sea mayor. Cualquier cantidad restante se considerará asistencia económica en virtud de esta política.

Si la asistencia económica entregada al paciente da como resultado un cargo mayor que la AGB, el paciente deberá recibir más asistencia económica para que no sea personalmente responsable por una cantidad mayor que la AGB. Para determinar si a un paciente elegible se le ha cobrado una cantidad mayor que la AGB, el Hospital tiene en cuenta solo aquellas cantidades que son una obligación personal del paciente. Las cantidades recibidas de pagadores externos no se consideran cobradas al paciente.

IV. PROCESO DE SOLICITUD Y DETERMINACIÓN

Los pacientes que consideren que podrían calificar para recibir asistencia económica en virtud de esta política deben presentar una solicitud completando el formulario de solicitud de asistencia económica 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.

Para esta política, el “período de solicitud” empieza en la fecha en que se da 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 hospitalizado o como paciente ambulatorio); O (ii) no menos de 30 días después de la fecha en que el Hospital le entregue al paciente el aviso final necesario para empezar las medidas extraordinarias de cobranza (“ECA”), lo que sea posterior.

Los pacientes pueden recibir una copia de esta política, un resumen de esta política en lenguaje claro y una solicitud de asistencia económica sin cargo: (i) por correo postal, llamando al (608) 930-8000, ext. 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 ingreso o (c) el Departamento de Especialista de Beneficios para Pacientes (Patient Benefit Specialist Department).

Una solicitud aprobada para recibir asistencia económica tendrá vigencia por un período de hasta seis (6) meses desde la fecha en que la solicitud se aprobó. No se deberá presentar una nueva solicitud. Un cambio en la situación económica o la incorporación de elegibilidad de un pagador tercero podría modificar el período de aprobación y necesitar más revisión.

A. Solicitudes completas

Después de 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 económica completas que se presentaron durante el período de solicitud, como se establece abajo. El Hospital podrá, a su criterio exclusivo, aceptar las solicitudes de asistencia económica completas presentadas después del período de solicitud.

La determinación de elegibilidad para la asistencia económica la debe tomar un especialista en beneficios para pacientes, el director del ciclo de rentas y el vicepresidente de finanzas o el director de finanzas.

A menos que se demore como se establece en el presente documento, dicha determinación se tomará en un plazo de 30 días posteriores a la presentación de una solicitud oportunamente completa.

Para considerarla como “completa”, la solicitud de asistencia económica debe dar 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 económica si no se da la información que se pide 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 adicional entregada por el paciente aparte de la que se pide en la solicitud.

Si tiene preguntas o necesita ayuda para completar una solicitud de asistencia económica, el paciente puede comunicarse con un especialista en beneficios para pacientes de Upland Hills Health por teléfono o en persona. Las personas que necesitan ayuda deben comunicarse al (608) 930-8000, ext. 4145, para recibir asistencia o para tener una cita.

Si un paciente presenta una solicitud de asistencia económica completa durante el Período de solicitud y el Hospital determina que el paciente podría ser elegible para recibir asistencia mediante un programa privado o público (incluyendo la participación en Medicaid), el Hospital le informará al paciente, por escrito, de dicha potencial elegibilidad y le pedirá que tome los pasos necesarios para inscribirse en dicho programa. En tales circunstancias, el Hospital demorará el procesamiento de la solicitud de asistencia económica del paciente hasta que la solicitud del paciente para estos programas privados o públicos (por ejemplo, Medicaid) esté completa, se presente a la autoridad gubernamental requerida y se haya tomado una determinación. Si el paciente no presenta una solicitud en un plazo de treinta (30) días

posteriores a la solicitud del Hospital, el Hospital procesará la solicitud de asistencia económica completa y la asistencia económica se rechazará por incumplimiento de los criterios de elegibilidad establecidos en este documento.

B. Solicitudes incompletas

El Hospital no procesará las solicitudes incompletas. Si un paciente presenta una solicitud incompleta, el Hospital suspenderá las ECA y le dará al paciente un aviso por escrito en el que indique qué otra información o documentación se necesita para completar la solicitud. El aviso por escrito incluirá la información de contacto (número de teléfono y lugar físico de la oficina) de la asistencia económica para pacientes. El aviso le dará al paciente al menos 30 días para dar la información necesaria; sin embargo, siempre y cuando el paciente presente una solicitud completa antes de la finalización del período de solicitud, el Hospital aceptará y procesará la solicitud como completa.

C. Potencial elegibilidad

Si los pacientes no tienen documentación que respalde su elegibilidad o circunstancia individual, Upland Hills Health Inc. podría consultar o confiar en fuentes externas o en recursos de inscripción de otros programas. A su exclusivo criterio, cuando un paciente no pueda dar la documentación necesaria para respaldar una determinación de elegibilidad, Upland Hills Health, Inc. podría prestar servicios gratuitos o con descuento en virtud de este Programa cuando:

1. Un paciente no tiene hogar.
2. A un paciente lo remiten de Community Connections Free Clinic - Dodgeville WI para radiografías y examen 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 recibir asistencia en virtud de la Ley de Víctimas del Crimen o la Sexual Assault Act (Ley de agresión sexual).
4. El paciente fallece, no tiene cónyuge y no se han presentado propiedades ante el sistema judicial en un plazo de 12 meses o al vencimiento, o en el momento se puede determinar que el paciente no tiene activos que exigen la presentación de una propiedad.
5. El paciente recibe una declaración de bancarrota en un plazo de 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.
6. Cualquier cuenta devuelta por la agencia de cobro que se haya determinado como incobrable se considerará posiblemente elegible para atención no remunerada.
7. Si se determina que se aprobó a un paciente para cualquier programa de 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, excluyendo Medicaid para Planificación Familiar o Atención para Adultos mayores de nivel 3 de Medicaid. Los pacientes con Medicaid para Planificación Familiar o Atención para Adultos mayores de nivel 3 de Medicaid deberán completar la solicitud de atención no remunerada.

8. Cuando se rechaza un reclamo o no se puede presentar por la atención prestada a un beneficiario de un programa Medicaid de otro estado en la Sala de Emergencias/Atención de Urgencia del Hospital.

Se informará al paciente de los criterios usados para determinar la elegibilidad para la atención con descuento o la atención gratuita. Si se aprueba al paciente por una cantidad menor al descuento más generoso mediante la potencial elegibilidad, se le dará información de cómo solicitar atención gratuita mediante el proceso de solicitud.

V. ACCIONES DE COBRO

A los pacientes se les ofrecerá un resumen de la política de asistencia económica en lenguaje claro cuando se registren o antes del alta del Hospital. Además, todos los resúmenes de cuenta incluirán un aviso por escrito visible respecto de la disponibilidad de asistencia, incluyendo la información de contacto que identifique dónde podría el paciente recibir más información y documentos relacionados con la asistencia económica 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 medidas extraordinarias de cobranza (ECA) si hay facturas impagas:

- Informar a las agencias de crédito.
- Presentar una demanda legal.
- Vender la cuenta a un tercero.
- Embargar salarios.

El Hospital podría remitir la factura de un paciente a una agencia de cobro 120 días después de que la primera factura por la atención se le haya dado al paciente. El Hospital no tomará ninguna ECA contra un paciente ni cualquier otra persona que haya aceptado y esté obligado a aceptar responsabilidad económica por un paciente a menos y hasta que el Hospital haya hecho “esfuerzos razonables” para determinar si el paciente es elegible para recibir asistencia económica en virtud de esta política. El especialista en beneficios para pacientes, el director del ciclo de rentas y el vicepresidente de finanzas o el director de finanzas son responsables de determinar si el Hospital hizo esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia económica.

A. No se presentó solicitud

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

1. No tome ninguna ECA contra el paciente por, al menos, 120 días desde la fecha en que el Hospital le entrega al paciente la primera factura después del alta por la atención.
2. Dé un aviso con al menos treinta (30) días de antelación al paciente en el que:

- Se lo informe de la disponibilidad de asistencia económica.
 - Se identifiquen las ECA específicas que el Hospital pretende iniciar contra el paciente.
 - Se indique un plazo después del cual se podrían iniciar las ECA, el que no puede ser menor a los 30 días después de la fecha en que el paciente recibe el aviso.
3. Dé un resumen en lenguaje claro de la política de asistencia económica con el aviso antes mencionado.
 4. Haga un esfuerzo razonable por informar verbalmente al paciente de la potencial disponibilidad de asistencia económica al menos 30 días antes de iniciar una ECA contra el paciente y se describa cómo la persona podría recibir asistencia con el proceso de solicitud de asistencia económica.
 5. Si al paciente se le dio asistencia económica con base en una determinación de potencial elegibilidad, el Hospital le haya dado al paciente el aviso exigido en la política de asistencia económica.

B. Solicitudes incompletas

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

1. Le da al paciente un aviso por escrito en el que se indique la otra información o documentación necesaria para completar la solicitud. El aviso por escrito debe incluir la información de contacto (número de teléfono y lugar físico de la oficina) del departamento del Hospital que le puede entregar una solicitud de asistencia económica y le puede dar asistencia con el proceso de solicitud. El aviso debe darle al paciente 30 días, como mínimo, para entregar la información necesaria.
2. Suspende las ECA que se tomaron contra el paciente, si las hubiera, en el período de respuesta asignado en el aviso, como mínimo.

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

C. Solicitudes completas

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

1. Suspende todas las ECA tomadas contra la persona, si las hubiera.

2. Toma una determinación respecto a la elegibilidad para recibir la asistencia económica como se establece en la Política de asistencia económica.
3. Le da al paciente un aviso por escrito que: (i) indique la asistencia económica para la que el paciente es elegible; o (ii) rechace la solicitud. El aviso debe incluir los fundamentos de la determinación.

Si el Hospital pidió que el paciente solicitara asistencia mediante 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 (por ejemplo, solicitud de Medicaid) se haya procesado o se rechace por no solicitar la cobertura (por ejemplo, cobertura de Medicaid) de manera oportuna.

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

1. Le entregará al paciente una factura revisada en la que se estipule: (i) la cantidad que el paciente adeuda por la atención prestada después de pedir la asistencia económica; (ii) cómo se determinó la cantidad revisada; y (iii) ya sea la AGB por la atención prestada o las instrucciones sobre cómo el paciente puede recibir información sobre la AGB por la atención prestada.
2. Le dará al paciente un reembolso por cualquier cantidad que el paciente haya pagado en exceso de la cantidad adeudada al Hospital (a menos que dicha cantidad 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 dará independientemente de la capacidad de pagar e independientemente de si el paciente califica para recibir la asistencia económica en virtud de la política de asistencia económica. El Hospital no tomará ninguna medida que pudiera interferir con la prestación del tratamiento médico de emergencia, por ejemplo, demandando el pago antes de recibir el tratamiento para condiciones médicas de emergencia o permitir actividades de cobro de deuda que interfieran con la prestación de la atención médica de emergencia en el Departamento de Emergencias (Emergency Department). El tratamiento médico de emergencia se prestará en virtud de las políticas del Hospital que rigen e implementando la Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (Ley de tratamiento médico de emergencia y de trabajo de parto activo).

ANEXO A

Cobertura del proveedor en virtud de la política

Los servicios que prestan Upland Hills Health Hospital, Upland Hills Health Center y Upland Hills Health Clinic Mount Horeb están cubiertos por la Política de atención no remunerada. Los servicios que prestan Upland Hills Health Clinics en Spring Green, Montfort, Highland, Barneveld, Mineral Point Medical Center of Upland Hills Health y Dodgeville Medical Center of Upland Hills Health están cubiertos por la Política de escala de tasas variables o la Política de atención no remunerada, dependiendo del ingreso y el tamaño de la familia.

Los servicios elegibles para un descuento en virtud de la Política de atención no remunerada son todos los profesionales que le facturaron a Upland Hills Health, Inc., incluyendo, entre otros a:

- Médicos de medicina de emergencia que prestan servicios en la Sala de Emergencias de Upland Hills Health, Inc.
- Enfermero anestesista inscrito certificado.
- Profesionales empleados o contratados por Upland Hills Health, Inc. que prestan servicios hospitalarios en Upland Hills Health Hospital.
- Profesionales empleados o contratados por Upland Hills Health, Inc. que prestan servicios clínicos en Upland Hills Health Center.
- Profesionales empleados o contratados por Upland Hills Health, Inc. que prestan servicios clínicos en Upland Hills Health Clinic Mt. Horeb.
- Profesionales empleados o contratados por Upland Hills Health, Inc. que prestan servicios clínicos en Upland Hills Health Clinics en Spring Green, Montfort, Highland, Barneveld, Mineral Point Medical Center of Upland Hills Health y Dodgeville Medical Center of Upland Hills Health, dependiendo del ingreso y el tamaño de la familia.

Los servicios prestados por estos proveedores **no** los factura Upland Hills Health, Inc. y **no** son elegibles para consideración en virtud de la Política de atención no remunerada.

- SSM Dean
- Patólogos asociados
- Podólogos asociados
- Radiólogos de Madison