



ASUNTO:	Política de asistencia financiera
Fecha de aprobación de la Junta Directiva:	09/09/2022
FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:	09/09/2022
NÚMERO DE POLÍTICA:	SXKPPKZ72WEZ-3-924
CONTACTO:	JoAnn Yohn, vicepresidenta interina del ciclo de ingresos

I. Se aplica a

Marshfield Clinic Health System, Inc. (denominada “MCHS” para fines de esta política), MCHS Hospitals, Inc. y las entidades afiliadas que son propiedad de y están controladas por, incluyendo, pero sin limitarse a:

- Todas las ubicaciones y servicios de Marshfield Clinic

Instalaciones hospitalarias:

- Marshfield Medical Center, Marshfield, Wisconsin
- Marshfield Medical Center-Rice Lake, Rice Lake, Wisconsin
- Marshfield Medical Center-Eau Claire, Eau Claire, Wisconsin
- Marshfield Medical Center-Ladysmith, Ladysmith, Wisconsin
- Marshfield Medical Center-Neillsville, Neillsville, Wisconsin
- Marshfield Medical Center-Beaver Dam, Beaver Dam, Wisconsin
- Marshfield Medical Center-Minocqua, Minocqua, Wisconsin
- Marshfield Medical Center-Weston, Weston, Wisconsin
- Marshfield Medical Center-Park Falls, Park Falls, Wisconsin
- Marshfield Medical Center-River Region, Stevens Point, Wisconsin

- Esta política *no* se aplica a los servicios proporcionados por Family Health Center of Marshfield, Inc. (“FHC”). La asistencia financiera está disponible para los servicios de FHC a través de la política de asistencia financiera de FHC.

- En el anexo 3 figura la lista de proveedores (médicos) a los que se aplica o no esta política.

II. **Objetivo**

La misión de MCHS es enriquecer la vida de los pacientes a través de una atención médica accesible, asequible y compasiva. Nuestra visión es continuar innovando y definiendo el futuro de la atención médica para las futuras generaciones y ser la primera opción de los consumidores en lo que respecta a la atención médica.

Para promover su misión, la Junta Directiva de MCHS y sus afiliados establecieron esta política a fin de asegurar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir dicha atención. Se considerará la posibilidad de dar asistencia financiera a aquellas personas que no tengan seguro o cuyo seguro no sea suficiente y que tengan gastos médicos que no puedan pagar, con base en la determinación de la necesidad financiera de acuerdo con esta política.

MCHS no discriminará sobre la base de la edad, el sexo, la raza, la afiliación religiosa, una discapacidad, la nacionalidad, la orientación sexual o el estado de inmigrante cuando tome decisiones sobre la asistencia financiera.

III. **Definiciones**

Monto generalmente facturado (MGF): El monto que se suele facturar por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen cobertura de seguro. El MGF se refiere al monto total adeudado después de aplicar los descuentos aplicables a los asegurados. Consulte la sección XII para el cálculo del MGF.

Condición médica de emergencia: Una condición médica (incluyendo el parto) que muestra síntomas agudos que son lo suficientemente graves (incluyendo dolor severo) que la falta de atención médica inmediata podría resultar en uno o más de los siguientes: (a) peligro grave para la salud del paciente; (b) deterioro grave de las funciones corporales; (c) disfunción grave de un órgano o parte del cuerpo.

Atención basada en la evidencia: el uso responsable, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para tomar decisiones acerca de la atención de los pacientes individuales o para ayudarlos a estos a tomar decisiones acerca de su atención de acuerdo a sus valores y creencias personales.

Acción de cobro extraordinaria (ACE): Cualquier acción tomada en contra de una persona para obtener el pago de una factura por concepto de atención médica, la cual requiere de un proceso legal o judicial, implica la venta de la deuda de una persona a otra parte o incluye la presentación de informes sobre información adversa acerca de una persona a agencias de informes de créditos del consumidor u oficinas de crédito.

NFP: nivel federal de pobreza

Garante: persona(s) financieramente responsable(s) del pago de los servicios médicos. El garante puede ser el paciente, un padre, un tutor legal u otra persona financieramente obligada por la ley. Toda referencia que se haga al “paciente” en esta política significará el paciente o el garante.

Persona sin techo: una persona sin techo es aquella que no tiene una vivienda permanente y que quizás vive en la calle; reside en un refugio, una misión, un centro de ocupación de habitación individual o un edificio o vehículo abandonado; o se encuentra en cualquier otra situación inestable o no permanente.

Hogar familiar: a los fines de determinar el tamaño y los ingresos del hogar según las pautas federales de pobreza, el hogar familiar incluye al solicitante, el cónyuge del solicitante (independientemente de si este vive en el hogar), la pareja no casada del solicitante si estos conviven y tienen un hijo en común, niños menores de edad o dependientes que residen en el hogar o que se mencionan en la declaración de impuestos federal del solicitante. Si el solicitante es declarado como dependiente en la declaración impositiva federal de otra persona, el término “familia” incluirá a todos los miembros declarados. El término “hogar familiar” también incluirá a un tercero o patrocinador que haya acordado ser financieramente responsable del paciente. Se pueden solicitar copias de documentos legales o de inmigración para determinar el patrocinio.

Compañía de seguros: una compañía que ofrece cobertura de seguro, y para fines de esta política, incluye tanto los planes de ERISA totalmente asegurados como los autofinanciados.

Médicamente necesario: servicios o artículos razonables y necesarios para los fines de evaluar, diagnosticar o tratar una lesión o enfermedad de acuerdo con los estándares de atención basados en la evidencia.

Cuentas calificadas: cuentas con ventaja impositiva designadas para gastos personales de atención médica, entre las que se incluyen cuentas de ahorros para gastos de salud, acuerdos de reembolso de salud o cuentas de gastos flexibles.

Área de servicio: consiste en áreas de servicio primarias y secundarias de MCHS; se hace referencia al estado de Wisconsin y la Península Superior de Michigan.

No asegurado: una persona que no tiene cobertura de seguro de salud. Los pacientes/garantes que tienen cobertura de seguro, pero que tienen saldos debido a partes no pagadas por su seguro de salud (incluidos, entre otras cosas, deducibles, coseguro, copagos, máximos de beneficios y servicios no cubiertos) no se consideran no asegurados.

Seguro insuficiente: Cobertura de seguro que resulta en gastos de bolsillo significativos para el paciente/garante debido al diseño del plan de beneficios y/o a los bajos niveles de reembolso por parte de la compañía de seguros.

Precios de referencia: Una estrategia de diseño del plan de salud que define lo que la compañía de seguros paga a los proveedores por los servicios.

IV. Servicios médicos de emergencia

MCHS no participará en ninguna acción que desaliente a las personas a buscar atención médica de emergencia, por ejemplo, la acción de exigir que los pacientes del departamento de emergencias paguen antes de recibir tratamiento o la acción de permitir actividades de cobro de deudas en el departamento de emergencias u otras áreas donde dichas actividades podrían interferir en el suministro de atención de emergencia de forma no discriminatoria.

V. Servicios elegibles

A los fines de esta política, entre los servicios elegibles para la asistencia financiera, se incluyen los siguientes:

- a. Servicios de emergencia proporcionados para tratar una afección médica de emergencia, incluidos el parto y el trabajo de parto.
- b. Servicios de urgencia proporcionados para evitar el probable inicio de una afección médica de emergencia.
- c. Servicios médicamente necesarios.
- d. Servicios preventivos y de detección recomendados de acuerdo con los estándares de atención basados en la evidencia.
- e. Los medicamentos recetados reúnen los requisitos necesarios para la asistencia financiera si la receta surgió de una prestación de servicios que es elegible para la asistencia financiera, es médicamente necesaria, sigue el vademécum de Medicaid de Wisconsin y se obtiene a través de una farmacia de MCHS.
- f. Hay que respetar las pautas de Medicaid de Wisconsin en cuanto a los anteojos, deben limitarse a un par por año calendario y deben obtenerse mediante el departamento óptico de MCHS. Los marcos y otros mejoramientos fuera de las pautas de Medicaid de Wisconsin son responsabilidad del paciente.

A los fines de esta política, entre los servicios no elegibles para la asistencia financiera, se incluyen los siguientes:

- a. Servicios cosméticos, estéticos o de mejoramiento del rendimiento.
- b. Servicios ofrecidos en un paquete con descuento o con precio en efectivo.
- c. Servicios experimentales o de investigación y aquellos relacionados con una investigación, fuera del estándar de atención basado en la evidencia.
- d. Servicios solicitados o requeridos por un tercero, incluidos, entre otros, los siguientes: servicios previos a una contratación laboral, servicios de medicina ocupacional, servicios ordenados por un tribunal, evaluaciones físicas para deportes o escuelas, evaluaciones de ballesta, exámenes de viaje.

- e. Servicios de reproducción, incluidos servicios de esterilización, inversión de la esterilización y fertilidad.
- f. Suministros y artículos de venta libre.
- g. Lentes de contacto.
- h. Los servicios relacionados con la indemnización por accidentes de trabajo, accidentes o responsabilidad civil no reúnen los requisitos necesarios para la asistencia financiera mientras un reclamo esté en proceso. El paciente lesionado debe solicitar un reembolso externo disponible; para ello, debe presentar un informe de la lesión e iniciar una reclamación con la parte correspondiente antes de buscar la asistencia financiera.
- i. Cualquier otro servicio que no sea médicamente necesario.

VI. Elegibilidad del solicitante

Generalmente, la asistencia financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo, pero sin limitarse a, el seguro, los programas del gobierno, la responsabilidad de partes externas, y cualquier recurso público o de caridad. La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera se basa en una solicitud y la documentación de apoyo para validar la situación financiera del paciente y/o garante.

Repaso del seguro: Se alienta a los solicitantes que puedan adquirir un seguro médico, a que lo hagan. Los solicitantes deben seguir los requisitos de su compañía de seguros para obtener cobertura. Los saldos de la cuenta del garante que resulten del incumplimiento de los requisitos de una compañía de seguros pueden excluirse de la asistencia financiera. Es posible que los solicitantes que reciben servicios fuera de la red de su plan de seguro o cuando los pagos del seguro no satisfagan los requisitos de la política de facturación y cobro de MCHS no reúnan los requisitos para la asistencia financiera. Los descuentos de asistencia financiera de MCHS están disponibles para pacientes/garantes asegurados (excluyendo Medicaid) cuando el saldo adeudado por el garante exceda los \$2,500 y tiene un nivel de ingresos igual o superior al 201 % del NFP.

Recursos externos: Un asesor financiero de MCHS ayudará al solicitante, si le interesa recibir tal ayuda, a acceder a recursos externos como Medicaid, programas farmacéuticos, beneficios tribales, programas para veteranos y beneficios por discapacidad.

Revisión de cuenta calificada: Los solicitantes que tengan cuentas personales de salud y reciban ventajas fiscales, como las cuentas de gastos flexibles o cuentas de ahorros para la salud, deberán utilizar los fondos disponibles cuando se les provea asistencia financiera.

Revisión del área de servicio: la asistencia financiera está disponible para los servicios requeridos para una afección médica de emergencia, independientemente de si un paciente reside dentro del área de servicio de Marshfield Clinic Health System. Para servicios médicamente necesarios no emergentes, la elegibilidad de la asistencia financiera se basa en la residencia primaria del paciente en relación con el área de servicio de MCHS y la naturaleza de la atención requerida. Sin embargo, se tienen en cuenta los servicios únicos para MCHS frente al potencial de los proveedores locales para la residencia del paciente o dentro de la red de seguro del paciente. Es posible que se le solicite al proveedor de atención primaria del paciente que verifique la disponibilidad de los servicios de atención médica locales y la asistencia financiera.

Revisión de ingresos: se les pedirá a los solicitantes que proporcionen documentación confiable de los ingresos anuales de todos los miembros adultos de la familia. La documentación solicitada puede incluir: la declaración (o declaraciones) de impuestos más recientemente presentada (incluidos cronogramas y formularios, como el W-2, el 1099 y de empleo independiente) o la verificación de exención 4506T; talonarios de cheques de pago o copias de cheques; formularios de verificación de salario del empleador; estados de cuenta corriente, de ahorros y de inversión; declaraciones juradas o cartas de respaldo; y contratos o documentos judiciales relacionados con fuentes de ingresos (por ejemplo, sentencia de divorcio, acuerdos prematrimoniales, anualidades, contratos de compraventa de terrenos o ingresos de alquileres).

- Los ingresos incluyen ganancias, compensación por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, seguro social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos a veteranos de guerra, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos por herencia, fideicomisos, pensión alimenticia, manutención de los hijos, asistencia desde afuera de la familia y otras fuentes varias.
- Los beneficios que no son en dinero en efectivo (como cupones para alimentos y subsidios de vivienda) no están incluidos.
- Se determinan antes de impuestos, es decir, ingresos brutos.
- Se excluyen las ganancias o pérdidas de capital.

Planes de pago preexistentes: los solicitantes que tengan establecidos planes de pago (incluidas las “líneas de crédito médicas”), pero que posteriormente no puedan efectuar pagos debido a un cambio importante en las circunstancias financieras, podrán solicitar la asistencia financiera para los saldos pendientes adeudados. En estos casos, la asistencia financiera se podrá otorgar con respecto a los saldos actualmente pendientes sin tener en cuenta los montos pagados con anterioridad en concepto de servicios de atención médica, ya sea al momento del servicio o conforme al plan de pago.

Período de aprobación: la aprobación de la asistencia financiera para atención gratuita o atención con descuento continuará durante seis meses desde la fecha de aprobación. Los servicios elegibles futuros recibidos durante el período de aprobación de seis meses serán descontados de la misma forma que la aprobación inicial. Si las circunstancias financieras de un paciente cambian sustancialmente durante el período de aprobación de seis meses, se le podrá solicitar al solicitante que actualice su solicitud para asistencia financiera.

VII. Descuentos por asistencia financiera

A los solicitantes que reúnan los requisitos necesarios para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política no se les cobrará más del MGF (monto generalmente facturado) a los pacientes con seguro en concepto de atención de emergencia o medicamento necesaria (el cálculo se hace según se describe en la Parte XII más abajo). Los pacientes podrán recibir la siguiente asistencia, según una evaluación de ingresos.

Atención gratuita: Se eximirá el monto de cargo bruto (sin descuento) por servicios elegibles en el caso de solicitantes cuyo monto total de ingresos se encuentre al 200 %, o por debajo de este porcentaje, del nivel federal de pobreza actual, mostrado en el anexo 1.

Atención con descuento: Los solicitantes cuyo monto total de ingresos sea mayor que el 200 %, pero menor o igual al 400 % del nivel federal de pobreza actual, tendrán un descuento de escala proporcional para los servicios elegibles, que se muestra en el Anexo 1. Los pacientes no asegurados recibirán descuentos aplicados en los cargos brutos en concepto de atención y servicios. Los pacientes asegurados reciben descuentos que se aplican al saldo restante de la cuenta después de haber pagado el seguro. Cuando el NFP de los solicitantes es igual o superior al 201 %, se requiere además que el saldo de su cuenta de garante sea superior a \$2,500.

Monto máximo por catástrofe: Los solicitantes reúnen los requisitos a un descuento por catástrofe del 100 % sobre los saldos de los garantes que exceden el 10 % de los ingresos cuando el NFP calculado sea igual o inferior al 600 %.

Expectativas de pago: se espera que los solicitantes que reúnen los requisitos necesarios para recibir asistencia financiera cumplan con la Política de facturación y cobranza de MCHS y los términos de pago en relación con los saldos restantes después de que se hayan aplicado los descuentos de asistencia financiera.

VIII. Reembolsos

Un solicitante a quien se haya determinado como elegible para la asistencia financiera recibirá los reembolsos por montos que excedan los \$5 si pagaron por atención elegible que supere el monto de responsabilidad personal calculado que se adeude según la política de asistencia financiera.

IX. Presunta elegibilidad

Es posible que se determine que los solicitantes reúnen los requisitos para la asistencia financiera incluso si no se proporciona una solicitud de ayuda financiera o documentación justificativa. La información a la que se accede a través de otras fuentes puede proporcionar evidencia suficiente para que MCHS realice una determinación de elegibilidad para asistencia financiera. Estas decisiones de presunta elegibilidad se basan en factores socioeconómicos que indican una capacidad financiera inferior, por ejemplo, elegibilidad para programas de asistencia locales y estatales específicos con medios probados, condición de desamparo, residencia en una vivienda de bajos ingresos, imposibilidad de ubicar una herencia de un paciente fallecido y otras herramientas analíticas y demográficas. Los descuentos de presunta elegibilidad solo se otorgan para la atención gratuita (100 % de descuento) y se aplican únicamente a los saldos pendientes. Si una cuenta califica para la elegibilidad presunta, se tomarán medidas razonables para cualquier ACE inversa.

X. Proceso de solicitud

Cualquier solicitante que indique que no es capaz de pagar o una necesidad de asistencia financiera puede solicitar asistencia financiera y acceder a un asesor financiero de MCHS que le ayudará y le remitirá a recursos externos para los que el paciente posiblemente reúna los requisitos. El MCHS aceptará una solicitud de asistencia financiera durante al menos 240 días después del primer estado de cuenta del paciente/garante o según se considere razonable.

Envíe por correo postal o entregue en mano las solicitudes para asistencia financiera y la documentación requerida a la siguiente dirección:

Marshfield Clinic Health System
Patient Financial Assistance Center
3Q4 1000 North Oak
Avenue Marshfield, WI
54449
1-800-782-8581, ext. 94475

Cuando se reciba una solicitud para asistencia financiera completa y hasta que se le notifique al solicitante sobre una decisión, las ACE no se iniciarán y no se tomarán otras medidas sobre las ACE existentes. En un plazo máximo de 30 días después de presentar una solicitud completa, MCHS determinará si el solicitante reúne los requisitos necesarios para recibir asistencia financiera y notificará al solicitante por escrito sobre una aprobación y el monto de descuento. MCHS tomará medidas responsables para revertir cualquier ACE ya implementada, en relación con los montos aprobados para asistencia financiera.

Los solicitantes que reúnan los requisitos necesarios para atención con descuento pero no gratuita serán notificados por escrito sobre el saldo restante adeudado, y se les informará cómo se determinó el monto y cómo obtener información sobre el MGF. Estos saldos restantes se gestionarán de acuerdo con la Política de facturación y cobranza de MCHS.

Si se recibe una solicitud de ayuda financiera incompleta, se devolverá al solicitante y se le pedirá que presente la información que falta en un plazo de 15 días hábiles. Si se necesita más tiempo para completar la solicitud o proporcionar la documentación requerida, el solicitante debe comunicarse con el Centro de Asistencia para Pacientes para solicitar una extensión. Se aplicará una retención temporal en la cuenta para detener la actividad de cobro durante el tiempo en que se reúna la información que falta. Una vez que expire el plazo, si no se ha recibido una solicitud completa, se reanudará la actividad de cobro, tal como se describe en la Política de facturación y cobranza del MCHS y la solicitud y la documentación justificativa se destruirán.

XII. Apelaciones

Si se rechaza la solicitud para recibir asistencia financiera, el Centro de Asistencia para Pacientes le notificará al solicitante por escrito con el motivo del rechazo. Los pacientes podrán apelar la decisión sobre la asistencia financiera en un plazo máximo de 30 días a partir de la notificación del rechazo; para ello, podrán llamar al 1-800-782-8581, ext. 94475 o escribir al Centro de Asistencia para Pacientes.

XIII. Impacto en el proceso de facturación y cobranza

Se seguirá proporcionando al paciente/garante un estado de cuenta mensual de la actividad de la cuenta y del saldo pendiente mientras la solicitud esté pendiente de revisión y aprobación. MCHS puede tomar cualquiera de las acciones definidas en la Política de facturación y cobranza si un paciente/garante reúne los requisitos para recibir asistencia financiera pero no paga el saldo restante adeudado (incluyendo, si corresponde, un plan de pagos).

XIV. Medidas para publicitar ampliamente la Política sobre asistencia financiera

La información sobre la Política de asistencia financiera de MCHS se publicará en las localidades de admisión y registro del hospital y en los departamentos de emergencia del hospital. La información sobre la ayuda financiera se imprime en los extractos de facturación mensuales para difundir ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera. La Política de facturación y cobranza de MCHS (incluido el Resumen en lenguaje sencillo), la Solicitud para asistencia financiera y la Política de facturación y cobranza están disponibles en inglés, español, hmong y cualquier otro idioma que sea el idioma principal hablado por la cantidad que sea menor entre 1,000 personas y el 5 % de la población del área de servicio.

La Política de asistencia financiera de MCHS (incluido el Resumen en lenguaje sencillo), la Solicitud para asistencia financiera y la Política de facturación y cobranza pueden obtenerse sin cargo:

- En el sitio web, en www.marshfieldclinic.org/financial-assistance
- En persona en cualquier hospital
- Por teléfono llamando al 715-389-4475 o 800-782-8581, ext. 94475
- Por correo del Centro de Asistencia Financiera para Pacientes (dirección indicada anteriormente)

XV. Montos facturados a pacientes elegibles para asistencia financiera

A los solicitantes que reúnan los requisitos necesarios para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política no se les cobrará más del MGF (monto generalmente facturado) a los pacientes/garantes con seguro en concepto de atención de emergencia o medicamento necesaria. El MCHS determina el MGF (monto generalmente facturado) de las clínicas y de cada centro hospitalario usando más de 12 meses de historial de reclamaciones y el método de revisión retrospectiva que se detalla bajo 1.501r-5(b)(3). El MCHS determina el MGF (monto generalmente facturado) para cualquier centro hospitalario con menos de 12 meses de historial de reclamaciones utilizando el método de Medicare prospectivo. De acuerdo con el método prospectivo, el MCHS no cobrará a los pacientes/garantes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera más que la tarifa permitida por Medicare. Puede obtener una explicación del cálculo del MGF (monto generalmente facturado) en el Centro de Asistencia Financiera para Pacientes.

XVI. Confidencialidad:

Se mantendrá la confidencialidad de la información y se conservará la dignidad individual de todas las personas que busquen asistencia financiera de acuerdo con esta Política. No se divulgará ningún dato obtenido a través de la solicitud para asistencia financiera, excepto cuando lo autorice el solicitante o cuando de otro modo lo exija la ley. Las solicitudes y documentación justificativa incompletas se destruirán.

XVII. Otras políticas relacionadas:

- A.** Política de facturación y cobranza de MCHS
- B.** Family Health Center of Marshfield, Inc. Política de asistencia financiera

Documentos adjuntos:

- Anexo 1 Descuentos por asistencia financiera
- Anexo 2 Ejemplo de solicitud para asistencia financiera
- Anexo 3 Médicos y proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera
- Anexo 4 Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera

ANEXO 1

Descuentos por asistencia financiera

Pauta de ingresos: las pautas federales de pobreza de 2022 se basan en el tamaño del grupo familiar:

Pautas federales de pobreza de 2022 (ingresos anuales)

Familia Tamaño	100 % del NFP (nivel federal de pobreza)	200 % del NFP (nivel federal de pobreza)	250 % del NFP (nivel federal de pobreza)	300 % del NFP (nivel federal de pobreza)	350 % del NFP (nivel federal de pobreza)	400 % del NFP (nivel federal de pobreza)
1	\$13,590	\$27,180	\$33,975	\$40,770	\$47,565	\$54,360
2	\$18,310	\$36,620	\$45,775	\$54,930	\$64,085	\$73,240
3	\$23,030	\$46,060	\$57,575	\$69,090	\$80,605	\$92,120
4	\$27,750	\$55,500	\$69,375	\$83,250	\$97,125	\$111,000
5	\$32,470	\$64,940	\$81,175	\$97,410	\$113,645	\$129,880
6	\$37,190	\$74,380	\$92,975	\$111,570	\$130,165	\$148,760
7	\$41,910	\$83,820	\$104,775	\$125,730	\$146,685	\$167,640
8	\$46,630	\$93,260	\$116,575	\$139,890	\$163,205	\$186,520

Atención gratuita o con descuento: los solicitantes sin seguro cuyos ingresos de familia totales sean menores o iguales al 400 % del nivel federal de pobreza actual reunirán los requisitos para el descuento de asistencia financiera. Es posible que los solicitantes asegurados que satisfagan estos criterios de ingresos reúnan los requisitos para obtener un descuento por asistencia financiera. Cuando el NFP de los solicitantes es igual o superior al 201 %, se requiere además que el saldo de su cuenta de garante sea superior a \$2,500.

Descuentos aplicables para cada ubicación	Nivel federal de pobreza		
	Menor o igual del 100 al 200 %	201 % al 300 %	301 % al 400 %
"Clínicas" = Marshfield Clinic, todas las ubicaciones clínicas independientes	100 %	75 %	56 %
Marshfield Medical Center- Beaver Dam	100 %	75 %	66 %
Marshfield Medical Center- Eau Claire	100 %	75 %	57 %
Marshfield Medical Center- Ladysmith	100 %	75 %	32 %
Marshfield Medical Center- Marshfield	100 %	75 %	58 %
Marshfield Medical Center- Minocqua	100 %	75 %	61%
Marshfield Medical Center- Neillsville	100 %	75 %	43 %
Marshfield Medical Center- Park Falls	100 %	75 %	35 %
Marshfield Medical Center- Rice Lake	100 %	75 %	57 %
Marshfield Medical Center- River Region	100 %	Permitido por Medicare*	Permitido por Medicare
Marshfield Medical Center- Weston	100 %	75 %	61%

*El subsidio de Medicare se aplicará directamente a los saldos adeudados por los solicitantes que no tengan seguro. En el caso de los solicitantes cuyo seguro no sea suficiente, se aplicará un descuento para reducir la responsabilidad financiera del paciente a una cantidad que no exceda la permitida por Medicare.

ANEXO 2

Solicitud para asistencia financiera

<https://www.marshfieldclinic.org/mPatientResources/Documents/9-82547%20English.pdf>

ANEXO 3

Médicos y otros proveedores cubiertos por la Política

Los servicios de emergencia y medicamento necesarios ofrecidos por los proveedores de Marshfield Clinic Health System, a excepción de los servicios brindados a través de Family Health Center of Marshfield, Inc., son servicios elegibles para la cobertura en virtud de esta política.

Otros grupos de proveedores pueden ofrecer servicios de emergencia o medicamento necesarios en los centros de MCHS. A continuación, encontrará una lista de esos grupos de proveedores y si tienen cobertura en virtud de esta política de asistencia financiera de MCHS.

Grupo de proveedores	cubierto por la Política de asistencia financiera de MCHS	NOTAS
Marshfield Clinic Health System, Inc.	Sí	https://www.marshfieldclinic.org/doctors
Family Health Center of Marshfield, Inc.	No	Asistencia disponible en virtud de la política de FHC.
Branham Healy Orthopedic Clinic S.C.	No*	
Tratamiento avanzado del dolor	No	
AmeriPath Milwaukee	No	
Associated Podiatrists, LLP	No	
Community Pediatrics	No	
Chippewa Valley Eye Clinic	No*	
Dean Clinic	No	
Dean Specialty Clinic	No	
Dean Health Systems, Inc.	No	Excepto los servicios prestados en MMC-Beaver Dam antes del 1 de junio de 2021.
Dermatology Associates	No	
eCare of Wisconsin, LLC	No	

Envision Physician Services	No	
Face and Skin, LLC	No	
Grote, Mary A	No	
Hansfield, Scott M, MD	No	
Kalinosky, Thomas J, DO	No	
LuyTan, Wilson H MD	No	
Milwaukee Radiologists	No	
Unity Point Health – Meriter Heart and Vascular Institute	No	
Unity Point Health – Meriter Spine Center	No	
Unity Point Health – Meriter Orthopedics	No	
Paladina Health	No	
Physical Medicine Rehabilitation Independent Services	No	
Randolph Community Clinic	No	
River City Psychological Services (Servicios psicológicos)	No	
Urology Services (Servicios de urología)	No	
UW Health	No	Excepto los servicios prestados en MMC-Beaver Dam
Cualquier otro proveedor que ofrezca servicios de emergencia o medicamento necesarios en cualquier hospital de MCHS	No*	Ahmed, Aisha MD
		Akhtar, Muhammad MD
		Chiang, Alfred DO
		Kyle Dettbarn MD
		Eichten, Jeffrey MD
		Fassbinger, Katie MD
		Foerster, Susan MD
		Godar, Dennis DMD
		Graham, Peter MD
		Gray, Roger JR MD
		Hirsch, Michael MD

		Horton, William DDS
		Karlstad, Martha MD
		Kowski, Joel DPM
	No*	Martin, Garry DPM
		McKee, David MD
		Mitchell, Michael MD
		Mueller, Rick DMD
		Nathan, Katherine PA
		Redfield, Robert MD
		Reding, Douglas MD
		Whitney, Courtney DO

**Con respecto a los grupos de proveedores que no pertenecen a Marshfield Clinic, comuníquese con el grupo de proveedores directamente para consultar si tienen una política de asistencia financiera.*

ANEXO 4

Resumen en lenguaje sencillo de la Política de asistencia financiera

https://marshfieldclinic.org/mPatientResources/Documents/Plain%20Language%20Summar_English.pdf