



Marshfield Clinic

HEALTH SYSTEM

ASUNTO: Política de asistencia financiera **Fecha de aprobación de la Junta:** 6/2/2017

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 1 de julio de 2017

NÚMERO DE POLÍTICA: SXKPPKZ72WEZ-3-924

CONTACTO: **Kari Weik, Director Patient Access**

I. Se aplica a

Marshfield Clinic Health System, Inc. (“MCHS” a los fines de esta política) y sus entidades afiliadas, entre las que se incluyen específicamente Lakeview Medical Center, Rice Lake, Wisconsin (“LMC”), Marshfield Medical Center, Marshfield, Wisconsin (“MMC”) y todas las localidades y los servicios de Marshfield Clinic, Inc. (“MC”). Esta política no se aplica a los servicios proporcionados por Family Health Center of Wisconsin, Inc. (“FHC”). La asistencia financiera está disponible para los servicios de FHC a través de la política de asistencia financiera de FHC.

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 las Juntas Directivas de LMC, MMC y MC establecen 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. Los pacientes que reúnen los requisitos necesarios para la asistencia financiera en virtud de esta política recibirán un descuento en su parte individual de la factura.

Se espera que los pacientes cumplan con los procedimientos de esta política a fin de demostrar su necesidad financiera y contribuir con el costo de su atención según su capacidad de pago. MCHS no discriminará sobre la base de la edad, el sexo, la raza, la afiliación religiosa, una discapacidad, la nacionalidad o el estado de inmigrante cuando tome decisiones sobre la asistencia financiera.

III. Definiciones

Afección médica de emergencia: una afección médica (incluyendo el trabajo de parto y el parto) que presenta síntomas agudos de gravedad suficiente (incluyendo dolor agudo) de forma tal que la falta de atención médica inmediata podría tener una o más de las siguientes consecuencias: (a) riesgo grave para la salud del paciente; (b) deterioro grave de las funciones corporales; (c) disfunción grave de un órgano o una 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.

ACE (acción de cobro extraordinaria): acciones tomadas 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.

Garante: persona financieramente responsable 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.

Familia: a los fines de determinar el tamaño y los ingresos de la familia según las pautas federales de pobreza, la “familia” incluye al solicitante, a el cónyuge del solicitante (a menos que estén legalmente separados), a la pareja no casada del solicitante si estos conviven y tienen un hijo en común, a todos los niños que sean menores de edad o adultos que residen en el hogar o que se incluyen en la declaración federal de impuestos del solicitante. Si el solicitante es declarado como dependiente en la declaración federal de impuestos de otra persona y está residiendo en el hogar de quien declara esos impuestos, el término Familia podría incluir a todos los miembros declarados. El término Familia también incluirá a un tercero o patrocinador que haya acordado ser financieramente responsable del paciente. Es posible que sean solicitadas copias de documentos legales o de inmigración para determinar ese patrocinio.

Medicamento 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.

Residencia primaria: el SSI (Servicio de Impuestos Internos) define la residencia primaria como el “hogar principal” de una persona. Si una persona tiene más de un hogar o vive en más de un hogar, la prueba para determinar cuál de estos es el hogar principal es una prueba de “hechos y circunstancias”. Los hechos que son pertinentes incluyen el lugar donde la persona está registrada para votar, el domicilio que figura en la licencia de conducir del prestatario y el lugar donde la persona paga impuestos a las ganancias locales o estatales.

No asegurado: un individuo que no tiene cobertura de seguro de salud. Los pacientes 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.

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. Los anteojos deben respetar las pautas de Medicaid de Wisconsin, 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, etc.
- e. Servicios de reproducción optativa, 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

Por lo general, la asistencia financiera es secundaria al resto de los recursos financieros disponibles para el paciente, entre los que se incluyen seguro, programas gubernamentales, responsabilidad de terceros, recursos públicos u otros recursos de beneficencia, cuentas calificadas y exceso de bienes activos (según se define en “Revisión de bienes activos” más abajo). La determinación de elegibilidad para la asistencia financiera se basa en una solicitud, una comunicación escrita u oral y otra documentación utilizadas para llevar a cabo una evaluación individualizada y validar las circunstancias del paciente o del garante, incluidos estos criterios:

Revisión del seguro: les recomendamos a las personas que tengan la capacidad financiera de comprar un seguro de salud que lo hagan, como una forma de asegurarse el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal general y para la protección de sus bienes activos individuales. Se espera que los pacientes con seguro sigan las reglas de la red de proveedores y autorización previa de su compañía de seguros. Los saldos que sean la consecuencia del incumplimiento de los requisitos de la compañía de seguros podrán excluirse de la asistencia financiera.

Los pacientes asegurados reciben varios beneficios por parte de su compañía de seguros, incluidos servicios preventivos y de bienestar gratuitos, y descuentos en contratos. Los descuentos de asistencia financiera de MCHS están

disponibles para los pacientes asegurados (excluyendo Medicaid) cuando el saldo que es responsabilidad del paciente supera los dos mil quinientos dólares (\$2,500).

Recursos externos: la administración de los recursos de asistencia financiera de MCHS incluye la revisión de los recursos públicos u otros recursos de beneficencia disponibles para el pago de los servicios elegibles de un paciente. Un asesor de MCHS referirá a los pacientes o su(s) garante(s) a recursos externos disponibles si se determina que el solicitante podría reunir los requisitos necesarios, como Medicaid, programas farmacéuticos, beneficios tribales, programas de veteranos, beneficio por discapacidad, etc. La solicitud de asistencia financiera puede denegarse si el paciente no finaliza la evaluación externa en un plazo de 30 días a partir del referimiento o proporciona evidencia de una denegación de un tercero con fecha dentro de seis (6) meses de haber solicitado la asistencia financiera de MCHS.

Revisión de cuenta calificada: se esperará que los pacientes con cuentas de salud personal con ventaja impositiva utilicen los fondos disponibles antes de recibir la 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 el condado de la residencia primaria del paciente 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.

Revisión de bienes activos: los bienes activos considerados para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera incluyen bienes raíces, automóviles, vehículos recreativos, cuentas de dinero en efectivo y cualquier otro bien activo identificable. En la evaluación individualizada de bienes activos, se puede tener en cuenta la documentación disponible públicamente o solicitada del solicitante, incluidos los siguientes puntos: estados de cuenta de dinero en efectivo o de inversión; títulos de propiedad o registros de vehículos; declaraciones de impuesto sobre la propiedad; documentos de seguros; y contratos, estados de cuenta o documentos judiciales relacionados con bienes activos (como hipotecas, préstamos en cuotas, contratos de compraventa de terrenos, herencias y sentencias de divorcio). Las pautas de Medicaid de Wisconsin se siguen a fin de determinar el estado y el valor de los bienes activos recientemente cedidos.

El valor patrimonial de un bien activo es su valor justo de venta menos el saldo restante de cualquier préstamo garantizado. MCHS reconoce que determinados valores patrimoniales y de bienes activos son difíciles de convertir en dinero en efectivo. Por este motivo, las asignaciones y excepciones de determinados bienes activos se proporcionan de la siguiente manera:

- Se excluyen los primeros \$100,000 de valor líquido de la vivienda.
- Se excluye hasta un máximo de \$14,000 de capital de un vehículo primario.
- Se excluye hasta un máximo de \$7,000 de capital para un vehículo secundario en el caso de familias con más de un conductor.
- Se excluyen las cuentas de jubilación.

Se agregará a los ingresos el cincuenta por ciento (50 %) del monto de un bien activo o capital que supere las asignaciones descritas anteriormente cuando se calcule la elegibilidad para la asistencia financiera (“exceso de bienes activos”).

Planes de pago preexistentes: los pacientes que establecieron planes de pago a largo plazo (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.

VII. Descuentos por asistencia financiera

A los pacientes 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 médicamente 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, bienes activos y obligaciones de atención médica:

Atención gratuita: se eximirá el monto de cargo bruto (sin descuento) por servicios elegibles en el caso de solicitantes cuyo monto total de ingresos más exceso de bienes activos 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 más exceso de bienes activos 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 califican para recibir asistencia financiera cuando el saldo responsable del paciente supera los \$2,500, en cuyo caso, los descuentos se aplicarán al saldo del paciente que queda después del seguro.

Límite en caso de catástrofe: un paciente que incurre en gastos médicos en caso de catástrofe reúne los requisitos necesarios para recibir asistencia cuando el pago del saldo requeriría la liquidación de bienes activos esenciales para la vida, o provocaría una dificultad financiera indebida. Los pacientes reúnen los requisitos necesarios para un descuento en caso de catástrofe cuando la parte de responsabilidad del paciente de las cuentas médicas de MCHS supera el 20 % de los ingresos (se calcula sin tener en cuenta el exceso de bienes activos). Los saldos que superen el 20 % de los ingresos se eximirán como asistencia financiera en caso de catástrofe.

Expectativas de pago: se espera que los pacientes 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.

Reembolsos: un paciente a quien se haya determinado como elegible para la asistencia financiera recibirá los reembolsos de lo que haya pagado por atención elegible que supere el monto de responsabilidad personal calculado que se adeude según la política de asistencia financiera. Los reembolsos se procesan para los pagos que superan cinco dólares (\$5) o más.

VIII. Presunta elegibilidad

Existen casos en los que un paciente puede ser considerado elegible para recibir asistencia financiera aunque dicho paciente no haya proporcionado una solicitud para asistencia financiera ni la documentación de respaldo. La información a la que se accede a través de otras fuentes puede proporcionar evidencia suficiente para que la gerencia de MCHS realice una determinación de elegibilidad para asistencia financiera (“presunta elegibilidad”). Las 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, incapacidad para ubicar una herencia de un paciente fallecido y otras herramientas analíticas y demográficas disponibles.

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 presunta elegibilidad, se tomarán medidas razonables para revertir las acciones de cobro extraordinarias, si las hubiere, según se describe en la Política de facturación y cobranza de MCHS.

IX. Proceso de solicitud

El deseo de MCHS es identificar la necesidad de un paciente de recibir asistencia financiera lo más rápido posible. Se solicita que los pacientes identifiquen una necesidad financiera cuando se registren para una cita, admisión o alta, o después de este momento lo más pronto posible. MCHS aceptará una solicitud por asistencia financiera durante un mínimo de 240 días después del primer estado de cuenta posterior al alta del paciente. Si una cuenta que tiene más de 240 días a partir del primer estado de cuenta posterior al alta ha sido procesada en un proceso legal o judicial, se aceptará la solicitud para asistencia financiera hasta la fecha de la liquidación o la sentencia final.

Si un paciente indica una incapacidad de pago, o una necesidad de recibir asistencia financiera, un asesor del Centro de Asistencia para Pacientes entrevistará al paciente y proporcionará referimientos a recursos externos si el paciente reúne los requisitos necesarios. Se le ofrecerá al paciente una solicitud para asistencia financiera con instrucciones y una lista de toda la documentación que podría requerirse. La solicitud y la documentación se utilizarán para tomar una determinación individual de necesidad financiera según los ingresos, el tamaño de la familia y los valores de bienes activos.

Los asesores están disponibles por vía telefónica y personalmente para ayudar a completar una solicitud para asistencia financiera. Llame al 1-800-782-8581, extensión 94475, para programar una cita con un asesor. La asistencia en persona está disponible en las localidades que se muestran en el Anexo 4.

Las solicitudes se completarán y enviarán en un plazo de 15 días a partir de la fecha en que se proporcione la solicitud al paciente o este la reciba por correo postal. Si se necesita más tiempo para completar la solicitud o proporcionar la documentación requerida, el paciente debe comunicarse con el Centro de Asistencia para Pacientes. Si se otorga una extensión, el asesor suspenderá temporalmente las llamadas telefónicas y los avisos escritos que tengan la intención de cobrar el saldo pendiente de la cuenta durante el marco de tiempo designado.

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
Centro de Asistencia para Pacientes, 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 paciente sobre una decisión, como se describe en este párrafo, 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 paciente reúne los requisitos necesarios para recibir asistencia financiera y notificará al paciente por escrito sobre una aprobación y el monto de descuento. MCHS tomará medidas responsables para revertir cualquier ASE ya implementada, si la hubiere, en relación con los montos aprobados para asistencia financiera.

Los pacientes 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. Es posible que se le pida al paciente que analice los términos de pago con un asesor de asistencia para pacientes. Estos saldos restantes se tratarán de acuerdo con la Política de facturación y cobranza de MCHS.

Si se rechaza la solicitud para recibir asistencia financiera, el Centro de Asistencia para Pacientes le notificará al paciente por escrito e incluirá 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 fecha de la notificación escrita de la aprobación o denegación; para ello, podrán llamar al 1-800-782-8581, ext. 94475 o escribir a la dirección que figura más arriba.

Cuando se reciba una solicitud para asistencia financiera incompleta, se le enviará al paciente una notificación por escrito en la que se describirá la información adicional requerida. Se proporcionará un tiempo razonable para completar dicha solicitud. No se iniciará ninguna ASE ni se tomarán medidas adicionales sobre las ASE existentes durante este período de tiempo. Al momento del vencimiento del período, si no se ha recibido una solicitud completa, se reanudarán las actividades de cobranza y cuenta normales, según lo descrito en la Política de facturación y cobranza de MCHS y la solicitud y documentos de soporte serán destruidos confidencialmente.

X. Impacto en el proceso de facturación y cobranza

Mientras la solicitud esté pendiente de revisión y aprobación, se continuará entregando un estado mensual regular sobre la actividad de la cuenta.

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 paciente que actualice su solicitud para asistencia financiera.

En el caso de que un paciente reúna los requisitos necesarios para recibir asistencia financiera, pero no pague en forma oportuna el saldo restante adeudado (incluido, si corresponde, el plan de pago acordado), MCHS podrá tomar cualquiera de las medidas

establecidas en la Política de facturación y cobranza; acceda a una copia gratuita de esta política en www.marshfieldclinic.org/financial-assistance.

XI. 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 el departamento de emergencia del hospital. La información sobre asistencia financiera está impresa en los estados de cuenta mensuales y se incorpora a otras comunicaciones a fin de publicitar ampliamente la disponibilidad de asistencia financiera, según se describe en la Política de facturación y cobranza de MCHS. 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, a través de los asesores financieros en las localidades mostradas en el Anexo 4;
- por teléfono llamando al 715-389-4475 o 800-782-8581, ext. 94475;
- por correo postal al escribir a la dirección que figura en la Sección IX Proceso de solicitud.

XII. Montos facturados a pacientes elegibles para asistencia financiera

A los pacientes 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 médicamente necesaria. MCHS determinará el MGF para cada centro hospitalario y para las clínicas que utilizan el Método de actualización. El MGF se basa en montos permitidos de acuerdo con la tarifa por servicio de Medicare y todas las reclamaciones de pago a compañías de seguro de salud privada ante el centro hospitalario o las clínicas correspondientes, durante un período de 12 meses, dividido por los cargos brutos de esos reclamos. El MGF se calculará, como mínimo, una vez por año. El MGF actualizado se aplicará antes del día 120, después de que finalice el período de medición de 12 meses. Los pacientes podrán obtener el porcentaje del MGF actualizado y la descripción adjunta del cálculo por escrito y sin cargo llamando al 715-389-4475 o 800-782-8581, ext. 94475.

XIII. Confidencialidad:

MCHS reconoce que la necesidad de asistencia financiera puede ser un tema sensible y profundamente personal para los pacientes. 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 del paciente, excepto cuando este lo autorice o cuando de otro modo lo exija la ley. Las solicitudes que estén incompletas y los documentos de soporte serán destruidos confidencialmente.

XII. Otras políticas relacionadas:

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

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 2017 se basan en el tamaño del grupo familiar:

Tamaño del grupo familiar	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	\$12,060	\$24,120	\$30,150	\$36,180	\$42,210	\$48,240
2	16,240	32,480	40,600	48,720	56,840	64,960
3	20,420	40,840	51,050	61,260	71,470	81,680
4	24,600	49,200	61,500	73,800	86,100	98,400
5	28,780	57,560	71,950	86,340	100,730	115,120
6	32,960	65,920	82,400	98,880	115,360	131,840
7	37,140	74,280	92,850	111,420	129,990	148,560
8	41,320	82,640	103,300	123,960	144,620	165,280

Atención gratuita o con descuento: los solicitantes cuyo monto total de ingresos por grupo familiar más el exceso de bienes activos (según se describe en la Política de asistencia financiera) sea menor o igual al 400 % del nivel federal de pobreza actual tendrán un descuento en los servicios. Los pacientes asegurados reunirán los requisitos necesarios para recibir asistencia financiera cuando el saldo que sea responsabilidad del paciente supere los \$2,500.

Nivel federal de pobreza	Descuento por asistencia financiera		
	Clínicas	LMC	MMC
a) Menor o igual al 200 %	100 %	100 %	100 %
b) Mayor al 200 % y menor o igual al 300 %	75 %	75 %	75%
c) Mayor al 300 % y menor o igual al 400 %	50 %	50 %	56%

“Clínicas” = Marshfield Clinic, todas las localidades clínicas

“LMC” = Lakeview Medical Center, hospital en Rice Lake, Wisconsin

“MMC” = Marshfield Medical Center, hospital en Marshfield, Wisconsin

ANEXO 2

Solicitud para asistencia financiera

ANEXO 3

Médicos y otros proveedores cubiertos por la Política

Los servicios de emergencia y médicamente 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 médicamente 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	Sí	
Family Health Center of Marshfield, Inc.	No	Asistencia disponible en virtud de la política de FHC.
Branham Healy Orthopedic Clinic S.C.	No	*Consulte directamente al grupo de proveedores.
Chippewa Valley Eye Clinic	No	*Consulte directamente al grupo de proveedores.
Cualquier otro proveedor que ofrezca servicios de emergencia o médicamente necesarios en cualquier hospital de MCHS	No	*Consulte directamente al grupo de proveedores.

**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