



Marshfield Clinic

HEALTH SYSTEM

ASUNTO:	Política de Asistencia Financiera	Fecha de aprobación de la junta:
FECHA EFECTIVA:	1/21/19	23 de junio, 2018
NÚMERO DE POLÍTICA:	SXKPPKZ72WEZ-3-924	
CONTACTO:	Kari Weik, Director de Acceso al Paciente	

I. Aplica a

Marshfield Clinic Health System, Inc. (denominado como “MCHS” para los propósitos de esta política) MCHS Hospitals, Inc., y las entidades afiliadas propiedad y bajo control de, incluyendo, pero no limitado a:

- Marshfield Medical Center de Rice Lake, Rice Lake Wisconsin
- Marshfield Medical Center, Marshfield, Wisconsin
- Marshfield Medical Center de Ladysmith, Ladysmith, Wisconsin
- Marshfield Medical Center de Eau Claire, Eau Claire, Wisconsin
- Todas las localidades y servicios de Marshfield Clinic
- Esta política *no* aplica a los servicios que provee Family Health Center de Marshfield, Inc. (“FHC”). La asistencia financiera para servicios de FHC está disponible 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 por 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 Lakeview Medical Center, Inc. de Rice Lake, y los Hospitales MCHS, Inc., establecen, cada uno, 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 basado en la edad, sexo, raza, afiliación religiosa, discapacidad, nacionalidad o el estado migratorio cuando tome decisiones sobre la asistencia financiera.

III. Definiciones

Monto Facturado Generalmente: Cantidad generalmente facturada por emergencia u otra necesidad de cuidado médico para individuos que tienen cobertura médica. El promedio del porcentaje del balance (AGB por sus siglas en inglés) se refiere al monto total para pagar después de los descuentos aplicados pagados por su seguro médico. Vea la sesión XII para el cálculo de AGB.

Condición Médica de Emergencia: Es una condición médica (incluyendo el trabajo de parto y el parto) que muestra síntomas agudos de suficiente severidad (incluyendo dolor severo), tales como aquellos en los que la ausencia de atención médica inmediata pudieran resultar en uno más de los siguientes: (a) grave peligro a la salud del paciente; (b) deterioro grave de las funciones corporales; (c) disfuncionalidad severa de algún órgano o parte del cuerpo.

Atención basada en la evidencia: Uso responsable, explícito y juicioso de la mejor evidencia actual para la toma de decisiones acerca del cuidado de pacientes en particular o para ayudarlos 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 un individuo a agencias de informes de créditos del consumidor u oficinas de crédito.

Aval: Persona(s) financieramente responsable del pago de los servicios médicos. El aval 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 y/o el aval.

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: Para los fines de determinar el tamaño y los ingresos en el hogar según los lineamientos federales de pobreza, Hogar incluye al solicitante, a el cónyuge del solicitante (independientemente de que el cónyuge viva o no en la casa), a la pareja no casada del solicitante si estos viven juntos y tienen un hijo en común, a todos los niños que sean menores de edad o dependientes que residan en el hogar o que se incluyan en la declaración federal de impuestos del solicitante. Si el solicitante es declarado como dependiente en la declaración federal de impuestos de otra persona, el término Hogar incluirá a todos los miembros declarados. El término Hogar también incluirá a un tercero o patrocinador quien haya acordado ser financieramente responsable del paciente. Es posible que se soliciten 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 y/o tratar una lesión o enfermedad de acuerdo con los estándares de atención basados en la evidencia.

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

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

Residencia primaria: El Servicio de Impuestos Internos (IRS por sus siglas en inglés) define a la residencia primaria como el “hogar principal” de una persona. Si una persona tiene 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 en donde la persona paga impuestos a las ganancias locales o estatales.

No asegurado: Individuo que no tiene cobertura de seguro de salud. Los pacientes que si tienen cobertura de seguro, pero tienen saldos pendientes debido a porciones que no fueron pagadas por su seguro de salud (incluyendo más no limitando, entre otras cosas, deducibles, coseguro, copagos, beneficios máximos o servicios no cubiertos) no se consideran como alguien no asegurado.

IV. Servicios médicos de emergencia

MCHS no participará en ninguna acción que desaliente a las personas a buscar atención médica de emergencia, tales como 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 en donde dichas actividades podrían interferir en el suministro de atención de emergencia de forma no discriminatoria.

V. Servicios elegibles

Para 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 son elegibles para la asistencia financiera si la receta surgió de un encuentro de prestación de servicios elegibles para la asistencia financiera, si son médicamente necesarios, si cumplen con el vademécum de Medicaid de Wisconsin y si se obtienen a través de una farmacia de MCHS.
- f. Los anteojos deben cumplir con los lineamientos de Medicaid de Wisconsin, deben limitarse a un par por año natural completo y deben obtenerse mediante el departamento óptico de MCHS. Los armazones y otras mejoras fuera de las pautas de Medicaid de Wisconsin son responsabilidad del paciente.

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

- a. Servicios cosméticos, estéticos o para mejoramiento del rendimiento.
- b. Servicios ofrecidos como un paquete de descuento o con precio efectivo.
- c. Servicios experimentales/investigación y aquellos relacionados con un estudio de exploración, fuera del estándar de atención basada 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 para salir de viaje, etc.
- e. Servicios de reproducción optativa, incluyendo: servicios de esterilización, reversión de la esterilización y servicios de 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 de responsabilidad civil no reúnen los requisitos necesarios para la asistencia financiera mientras un reclamo esté en proceso. El paciente lesionado debe solicitar algún 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: Aquellos individuos que tengan la capacidad financiera de comprar un seguro de salud se les recomienda 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 que cuentan con seguro sigan las reglas de la red de proveedores y la autorización previa de su compañía de seguros. Los saldos que resulten como consecuencia del incumplimiento de los requisitos de la compañía de seguros podrían ser excluidos de la asistencia financiera.

Los pacientes asegurados reciben múltiples beneficios por parte de su compañía de seguros, incluyendo servicios preventivos y de bienestar gratuitos, así como descuentos en contratos. Los descuentos de asistencia financiera de MCHS están disponibles para los pacientes asegurados (excluyendo Medicaid) cuando el saldo

que corre a responsabilidad del paciente supera los dos mil quinientos dólares (\$2,500).

Recursos por parte de terceros: 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 la denegación de un tercero con fecha dentro de seis (6) meses de haber solicitado la asistencia financiera de MCHS.

Revisión de cuenta calificada: Se espera 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 se encuentra disponible para servicios requeridos debido a 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 pedirá a los solicitantes que proporcionen documentación confiable de los ingresos anuales de todos los miembros en el hogar que sean adultos. La documentación solicitada puede incluir: la declaración (o declaraciones) de impuestos que se presentó más recientemente (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 por parte 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 solicitada o pública del solicitante que se encuentre disponible, incluidos los siguientes puntos: estados de cuenta de dinero en efectivo o de inversión; títulos de propiedad o registros de vehículos; declaraciones de impuestos 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 cumplen con el fin de determinar el estado y el valor de los bienes activos cedidos recientemente.

El valor patrimonial de un bien activo es su valor justo de mercado (FMV por sus siglas en inglés) 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 el cincuenta por ciento (50 %) del monto de un bien activo o capital que supere las asignaciones descritas anteriormente a los ingresos 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 la cantidad del exceso de bienes activos sea el 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 la cantidad del exceso de bienes activos sea mayor a 200 %, pero menor o igual a 400% del nivel federal de pobreza actual, tendrán un descuento de escala proporcional para servicios elegibles, como 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 al paciente se aplicarán al saldo restante 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 así como con 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 en donde el adeudo supere el monto de su responsabilidad personal calculada 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

MCHS desea identificar cuando un paciente tiene la necesidad de recibir asistencia financiera lo más pronto posible. Se solicita a los pacientes que identifiquen cuando tienen una necesidad financiera al momento en que se registren para una cita, admisión o al momento del alta, de otra manera, tan pronto como sea posible después de esto. MCHS aceptará una solicitud para asistencia financiera hasta 240 días después de emitido el primer estado de cuenta posterior al alta del paciente. Si una cuenta ha sido enviada a un proceso legal o judicial y tiene más de 240 días a partir del primer estado de cuenta posterior al alta, aún se aceptará la solicitud para asistencia financiera hasta la fecha de la liquidación o la sentencia final si el paciente así lo solicita.

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 sobre recursos con terceros si el paciente reúne los requisitos necesarios. Se 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 la determinación individual sobre una necesidad financiera según los ingresos, el tamaño de la familia y los valores de bienes activos.

Los asesores están disponibles vía telefónica y en persona para ayudarle 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 deberán ser completadas y enviadas en un plazo de 15 días a partir de la fecha en que se proporcione la solicitud al paciente o cuando éste 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. En caso de que se otorgue una prórroga, el asesor suspenderá temporalmente las llamadas telefónicas y los avisos por 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

Con la recepción de la solicitud completa para la asistencia financiera y hasta que se le notifique al paciente sobre una decisión, como se describe en este párrafo, aún no se dará inicio a las ACE ni 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, incluyendo la información acerca de 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 la solicitud para recibir asistencia financiera es rechazada, el Centro de Asistencia para Pacientes 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 de la carta de aprobación o denegación, llamando al 1-800-782-8581, ext. 94475 o por escrito a la dirección citada arriba.

Cuando se reciba una solicitud para asistencia financiera incompleta, se enviará una notificación por escrito al paciente 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 para su revisión y aprobación, se continuará enviando regularmente un estado de cuenta mensual sobre la actividad de la misma.

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 el cumplimiento con el plan de pago acordado, si aplica), MCHS podrá tomar cualquiera de las medidas establecidas en la Política de facturación y cobranza; a la cual puede acceder de forma gratuita 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 será publicada en las áreas de admisión y registro del hospital y en el departamento de emergencias del hospital. La información sobre asistencia financiera se imprime 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 (incluyendo un resumen en lenguaje sencillo), la solicitud para asistencia financiera y la política de facturación y cobranza están disponibles en inglés, español, hmong y en cualquier otro idioma que sea el idioma principal hablado por las minorías de ya sean 1,000 personas o el 5 % de la población en el área de servicio.

La política de asistencia financiera de MCHS (incluyendo un resumen en lenguaje sencillo), la solicitud para asistencia financiera y la política de facturación y cobranza pueden obtenerse sin costo:

- 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 escribiendo a la dirección que se muestra en la Sección IX del proceso de solicitud.

XII. Cantidad facturada para pacientes que son elegibles para la asistencia financiera:

Los pacientes que son elegibles para la asistencia financiera bajo esta política no recibirán cobros adicionales a la cantidad generalmente facturada (AGB) para pacientes con seguro de emergencia o cuidado médico necesario.

MCHS determina el AGB para las clínicas y cada uno de sus hospitales con más de 12 meses de historial en reclamos utilizando el método de mirar hacia atrás. La AGB está basada en las cantidades permitidas -sobre las cuotas de servicio- bajo Medicare y todas las compañías de seguro privadas, pagando los reclamos que resulten en los hospitales o clínicas aplicables, por un periodo de 12 meses, dividido entre los cargos en bruto para estos reclamos. La AGB será calculada por lo menos una vez al año. La actualización de la AGB se aplicará para el día 120 después de terminada la medición del periodo de los 12 meses. Los pacientes pueden obtener por escrito el porcentaje de su AGB actual con la descripción adjunta de su calculación sin ningún costo llamando al 715-389-4475 o 1800-782-8585, ext. 94475.

MCHS determina la AGB para cualquier establecimiento hospitalario que tenga menos de 12 meses de historial en reclamos usando el método prospectivo de Medicare. Bajo el método prospectivo, MCHS no hará un cobro superior a lo que Medicare permite para los pacientes que son elegibles para una asistencia financiera.

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 bajo esta Política. No se divulgará ninguna información obtenida a través de la solicitud para asistencia financiera del paciente, excepto cuando éste lo

autorice o cuando lo exija la ley. Las solicitudes que estén incompletas y los documentos de soporte serán destruidos de manera confidencial.

XIV. Otras políticas relacionadas:

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

XV. Historial de Revisión

Fecha efectiva de revisión	Descripción de los cambios
10/01/2016	Nueva póliza aprobada e implementada
07/01/2017	Modificación para agregar Marshfield Medical Center; se actualizó el lenguaje según fuere necesario en la política
06/01/2018	Cambios de nombre legal de la entidad, Calculaciones de AGB, FPL 2018
8/31/2018	Modificado para agregar al Centro Medico de Marshfield, LadySmith en Sección I y la tabla de descuento en Exhibición I
9/12/2018	Modificado para cambiar “El Centro Medico de Lakeview Inc. Al “ Centro Medico de Marshfield-Rice Lake” en Sección I y en la tabla de descuento en Exhibición I
9/26/2018	Modificado el cuadro de descuento en la Exhibición I para reflejar el descuento del 50% (en vez del 60%) para “El Centro Medico de Marshfield-Ladysmith”
11/9/18	Modificado el cuadro de descuento en la Exhibición I para reflejar el descuento del 52% (en vez del 50%) para “Centro Medico de Marshfield
1/21/19	Grafica de Tabla Federal de Pobreza siglas en Ingles (FPL) en el Anexo I actualizado para reflejar datos del 2019

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 inanciera
- Anexo 4 Resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera

ANEXO 1

Descuentos por Asistencia Financiera

Guía de ingresos: Guía de Nivel Federal de Pobreza (FPL por sus siglas en inglés) del 2019 basado en el tamaño del grupo familiar:

Tamaño de 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	\$12,490	\$24,980	\$31,225	\$37,470	\$43,715	\$49,960
2	16,910	33,820	42,275	50,730	59,185	67,640
3	21,330	42,660	53,325	63,990	74,655	85,320
4	25,750	51,500	64,375	77,250	90,125	103,000
5	30,170	60,340	75,425	90,510	105,595	120,680
6	34,590	69,180	86,475	103,770	121,065	138,360
7	39,010	78,020	97,525	117,030	136,535	156,040
8	43,430	86,860	108,575	130,290	152,005	173,720

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 póliza de Asistencia Financiera) sea menor o igual al 400% del nivel federal de pobreza actual, tendrán un descuento en los servicios. Los pacientes asegurados califican para recibir Asistencia Financiera cuando el saldo que sea responsabilidad del paciente supere los \$2,500.

Descuentos aplicables a cada establecimiento	Nivel Federal de Pobreza		
	a) Menos de o igual al 200%	b) Arriba del 200% y menos o igual al 300%	c) Arriba del 300% y menos o igual al 400%
Clínicas	100 %	75 %	52%
Marshfield Medical Center de Rice Lake	100 %	75 %	50 %
Marshfield Medical Center	100 %	75 %	60 %
Marshfield Medical Center – Eau Claire	100 %	Permitido por Medicare	Permito por Medicare
Marshfield Medical Center – Ladysmith	100 %	75 %	50%

“Clínicas” = Marshfield Clinic, todos los centros de la clínica

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	Cobertura de la Póliza de MCHS Asistencia Financiera	Notas
Marshfield Clinic Health System, Inc.	Sí	
Family Health Center de Marshfield, Inc.	No	Asistencia disponible bajo la póliza de FHC
Branham Healy Orthopedic Clinic S.C.	No*	
Chippewa Valley Eye Clinic	No*	
Algún otro proveedor ofreciendo servicios de emergencia o médicamente necesarios en cualquier hospital de MCHS	No*	Ahmed, Aisha MD
		Akhtar, Muhammad MD
		Eichten, Jeffrey MD
		Foerster, Susan MD
		Godar, Dennis DMD
		Graham, Peter MD
		Gray, Roger JR MD
		Gudibanda, Swetha MD
		Horton, William DDS
		Khan, Muhammad MD
		Martin, Garry DPM
		Mckee, David MD
		Mitchell, Michael MD
		Mueller, Rick DMD
		Nathan, Katherine PA
		Norelle, Alexis MD
		Polomis, David MD
Redfield, Robert MD		
Reding, Douglas MD		

--	--	--

**Con respecto a los grupos de proveedores que no pertenecen a Marshfield Clinic, comuníquese con ellos directamente para consultar si tienen programas bajo la política de Asistencia Financiera.*

ANEXO 4 Resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financ