

POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

Amery Hospital & Clinic (“Amery” o el “Hospital”) está comprometido a brindar atención médica de calidad a nuestros pacientes, incluidos aquellos que tienen necesidad de ayuda financiera. Como resultado de esto, nuestra Política de Ayuda Financiera (que, en este documento, se denomina “FAP” o la “Política”) se encuentra disponible para los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente en función de la capacidad de pago de la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria del paciente. Nuestra Política está disponible para brindar ayuda puntual; no tiene como objetivo proporcionar atención a largo plazo, gratuita ni con descuento. Nuestra Política establece y describe los criterios de elegibilidad, cómo calculamos los descuentos, cómo solicitar la ayuda financiera, los proveedores que brindan atención en nuestro Hospital y nuestra política de atención médica de emergencia.

Los pacientes pueden obtener copias gratuitas de esta Política en todos los lugares de registro de pacientes en Amery. Para obtener información adicional o si tiene preguntas acerca del proceso de solicitud, o para solicitar copias por correo, los pacientes pueden comunicarse con nuestro Departamento de Servicios Financieros para el Paciente al 1-715-268-8000. Las copias gratuitas de esta política y del formulario de solicitud de ayuda financiera también se encuentran disponibles en <http://www.amerymedicalcenter.org>.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Los siguientes son los criterios de elegibilidad para aquellos pacientes que tienen dificultades para pagar sus facturas de hospital:

1. Elegibilidad para recibir ayuda financiera

- Los pacientes deben ser residentes de Wisconsin o de Minnesota (residencia mínima de 30 días previos a la recepción del servicio) o vivir en el área de servicio del Hospital por motivos no relacionados con su salud.
- El paciente debe brindar evidencia de que se le han negado o se le negarían los beneficios gubernamentales, como Medicaid.
- El paciente debe agotar por completo cualquier programa de asistencia gubernamental disponible y cualquier beneficio de seguro de salud disponible.
- El paciente debe completar la Solicitud de ayuda financiera de Amery Hospital & Clinic y brindar toda la documentación solicitada.
- La elegibilidad del paciente para la atención gratuita o con descuento se basará en los ingresos familiares y la cantidad de integrantes de la familia de la siguiente manera:



- ✓ Los pacientes que tienen ingresos brutos y cuya cantidad de integrantes de su familia los colocan en el 200 % o por debajo del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) recibirán un descuento de ayuda financiera del 100 %.
- ✓ Los pacientes que tienen ingresos brutos y cuya cantidad de integrantes de su familia los colocan por encima del 200 % pero sin superar el 300 % del FPL recibirán una ayuda financiera parcial sobre la base de la siguiente tabla.

Cuadro de descuento de ayuda financiera

Cantidad de integrantes de la familia	Nivel de ingresos federales de pobreza (FPL)	% del FPL	Ingresos brutos familiares	% de descuento
1	\$12,140	100 %	\$12,140	100 %
		150 %	\$18,210	100 %
		200 %	\$24,280	100 %
		250 %	\$30,350	75 %
		300 %	\$36,420	50 %
2	\$16,460	100 %	\$16,460	100 %
		150 %	\$24,690	100 %
		200 %	\$32,920	100 %
		250 %	\$41,150	75 %
		300 %	\$49,380	50 %
3	\$20,780	100 %	\$20,780	100 %
		150 %	\$31,170	100 %
		200 %	\$41,560	100 %
		250 %	\$51,950	75 %
		300 %	\$62,340	50 %
4	\$25,100	100 %	\$25,100	100 %
		150 %	\$37,650	100 %
		200 %	\$50,200	100 %
		250 %	\$62,750	75 %
		300 %	\$75,300	50 %
5	\$29,420	100 %	\$29,420	100 %
		150 %	\$44,130	100 %
		200 %	\$58,840	100 %
		250 %	\$73,550	75 %
		300 %	\$88,260	50 %
6	\$33,740	100 %	\$33,740	100 %
		150 %	\$50,610	100 %
		200 %	\$67,480	100 %
		250 %	\$84,350	75 %
		300 %	\$101,220	50 %
7	\$38,060	100 %	\$38,060	100 %
		150 %	\$57,090	100 %
		200 %	\$76,120	100 %
		250 %	\$95,150	75 %
		300 %	\$114,180	50 %
8	\$42,380	100 %	\$42,380	100 %
		150 %	\$63,570	100 %
		200 %	\$84,760	100 %
		250 %	\$105,950	75 %
		300 %	\$127,140	50 %

* Agregue \$4,320 por cada persona adicional

CÓMO SOLICITAR AYUDA FINANCIERA

1. Los pacientes deben completar la Solicitud de ayuda financiera y brindar verificaciones de ingresos adecuadas en persona o por correo a la siguiente dirección: Amery Hospital & Clinic, Patient Financial Services 265 Griffin St. East, Amery, WI 54001
2. Los pacientes también pueden enviar por fax las solicitudes completas y las verificaciones de ingresos adecuadas a Servicios Financieros para el Paciente al 715-268-0261.
3. Las verificaciones de ingresos adecuadas incluyen una copia de la Declaración de impuestos federales 1040 más reciente del paciente, incluidos todos los cronogramas aplicables, los 2 recibos de sueldo más recientes o una carta de beneficios para la solicitud de beneficios del Seguro Social, desempleo o discapacidad.
4. La solicitud puede imprimirse desde nuestro sitio web en <http://amerymedicalcenter.org> o los pacientes pueden obtener una copia llamando a Servicios Financieros para el Paciente al 715-268-8000. Nuestro horario de atención es de lunes a jueves de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. y los viernes, de 8:00 a.m. a 4:00 p.m.
5. Los pacientes pueden comunicarse con Servicios Financieros para el Paciente al 715-268-8000 si tienen alguna pregunta acerca de la solicitud o para organizar o coordinar una cita con un asesor financiero.

CÁLCULO DE AYUDA FINANCIERA

Amery calcula el nivel de ayuda financiera del paciente de la siguiente manera:

1. A un paciente elegible para recibir ayuda financiera no se le cobrará más de los montos facturados generalmente (Amounts Generally Billed, AGB) a los pacientes asegurados por el Hospital para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Actualmente, el Hospital determina los AGB multiplicando los cargos brutos de cualquier atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria provista para un paciente elegible para la ayuda financiera mediante un porcentaje de AGB del 57 %, que es un descuento del 43 %. El Hospital calculó este porcentaje dividiendo la suma de todos su reclamos de atención médicamente necesaria permitidos por las aseguradoras de salud durante un período previo de 12 meses por la suma de los cargos brutos asociados de dichos reclamos.

Por ejemplo: El paciente A tiene una factura de hospital de \$10,000. El paciente A es elegible para recibir ayuda financiera. Amery no le cobrará al paciente A más de \$5,700 por la atención relacionada con esa factura (10,000 X [AGB] 57 %).

DETERMINACIONES DE PRESUNTA ELEGIBILIDAD

Amery puede determinar de forma presunta que un paciente es elegible para recibir ayuda financiera en función de una determinación de elegibilidad anterior o del cumplimiento de determinadas circunstancias para recibir ayuda financiera, que incluyen las siguientes:

- Falta de hogar
- Servicios médicamente necesarios no cubiertos o pagaderos en virtud de un programa de Medicaid o de una subvención federal entregada a un receptor calificado
- Reunión de los requisitos y fecha de entrada en vigencia para Medicaid luego de las fechas de los servicios
- Encarcelamiento
- Circunstancias militares especiales

Si se determina presuntamente que un paciente es elegible para recibir menos que la ayuda financiera más generosa, el Hospital notificará al paciente el motivo de dicha determinación presunta, cómo solicitar una ayuda más generosa, le dará al paciente una cantidad de tiempo razonable para solicitar una ayuda más generosa y tendrá una determinación luego de que reciba una solicitud completa de ayuda más generosa.

LISTA DE PROVEEDORES EN EL HOSPITAL

Amery debe enumerar a todos los proveedores, además del Hospital en sí mismo, que brindan servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios en el Hospital, y especificar qué proveedores están cubiertos por esta Política y quiénes no lo están. Esta lista de proveedores se mantiene en un documento distinto. Los pacientes pueden ver este documento en línea visitando <http://www.amerymedicalcenter.org> o solicitar una copia impresa comunicándose con el personal de Servicios Financieros para el Paciente al 715-268-8000.

POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Amery brinda atención, sin discriminación, para afecciones médicas de emergencia a pacientes, sin importar su capacidad de pago o su elegibilidad para recibir ayuda financiera. Amery prohíbe cualquier acción que disuada a los pacientes de buscar atención médica de emergencia. Algunos ejemplos de conductas prohibidas incluyen los siguientes: un empleado o agente del Hospital que demanda a los pacientes del departamento de emergencia que paguen antes de recibir el tratamiento de atención médica de emergencia, o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión de atención médica de emergencia.

Amery cumplirá con todos los requisitos aplicables de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y de Trabajo (Emergency Medical Treatment & Labor Act, EMTALA), incluida la realización de exámenes de pruebas médicas, tratamientos de estabilización y remisión o transferencia del paciente a otro centro, si corresponde. Amery debe brindar todos los servicios de emergencia de acuerdo con las condiciones de participación de los CMS.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO DISTINTA

Las medidas que el Hospital puede tomar en caso de falta de pago se describen en una Política de Facturación y Cobro distinta. Puede consultar y descargar una copia gratuita de la Política de Facturación y Cobro del Hospital en nuestro sitio web: <http://www.amerymedicalcenter.org>.