UnityPoint Health

## Título: Asistencia financiera – UnityPoint Health – Meriter 1.BR.34M

Fecha de entrada en vigencia: 10/01/2019; Revisado: 01/2026

**PROPÓSITO**: El propósito de esta política es describir las circunstancias en las cuales UPH – Meriter proporcionará atención médica con descuento a los pacientes financieramente necesitados. UnityPoint Salud – Meriter cumplirá con su misión de caridad proporcionando servicios de atención médica de emergencia y otros servicios médicamente necesarios a todos los individuos sin importar su capacidad de pagar. UPH – Meriter brindará asistencia financiera a los pacientes elegibles.

**ALCANCE:** Todos los Hospitales y Clínicas de UPH – Meriter (denominados colectivamente "UPH – Meriter") que están exentos de impuestos en virtud de la Sección 501(c)(3).

**PRINCIPIOS**: Como organización de caridad exenta de impuestos en virtud de la Sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code, IRC), UPH – Meriter atiende las necesidades de atención médicamente necesaria de todos los pacientes que solicitan atención médica, independientemente de sus capacidades financieras de pagar por los servicios prestados. Del mismo modo, los pacientes tienen la obligación de obtener una cobertura de seguro y pagar por una parte de sus servicios de atención médica, y UPH – Meriter tiene la obligación de obtener el pago por parte de los pacientes.

De conformidad con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y las leyes estatales vigentes, para seguir estando exento de impuestos, UPH – Meriter está obligado a adoptar y difundir ampliamente su política de asistencia financiera. Si la provisión de asistencia financiera está sujeta a requisitos adicionales de las leyes federales o estatales, y esas leyes imponen requisitos más estrictos que en esta política, los requisitos más estrictos regirán (p. ej., Ley de beneficios comunitarios 210 ILCS 76).

1. Definiciones. Los siguientes términos deben ser interpretados como se indica a continuación dentro de esta política:

   1.1. Cantidades permitidas. Monto de pago máximo por los servicios de atención médica cubiertos. Puede ser llamado "gasto elegible", "subsidio de pago" o "tarifa negociada".

   1.2. Montos generalmente facturados a las personas que tienen seguro (Amounts Generally Billed, "AGB"). El siguiente método es utilizado para calcular los Montos generalmente facturados a los pacientes asegurados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en esta política.

1.2.1. AGB % = (Suma de todos los Montos permitidos por el cargo por servicio de Medicare + Suma de todos los Montos permitidos por las aseguradoras de salud privadas durante el período previo de 12 meses) / (Suma de los cargos brutos por las mismas reclamaciones)

1.2.2. AGB = (Cargos brutos por la Atención médicamente necesaria o la Atención médica de emergencia) X (AGB %)

1.2.3. Los montos de AGB se actualizarán anualmente.

1.3. Asistencia financiera. Un descuento proporcionado a un paciente en virtud de los términos y condiciones que el Hospital ofrece a pacientes cualificados o según lo exija la ley. La asistencia financiera no es una forma de seguro de salud y no puede usarse para subsidiar primas.

1.4. Pacientes elegibles para FINA. Pacientes que siguen los procedimientos definidos en esta política y que se ha determinado que son elegibles para la Asistencia financiera de conformidad con esta política.

1.5. Clínica gratuita y de beneficencia. Una organización de atención médica exenta de impuestos 501(c)(3) que preste servicios de salud a personas de bajos ingresos sin seguro o con seguro insuficiente y que esté reconocida por la Asociación de Clínicas gratuitas y de beneficencia de Illinois o la Asociación Nacional de Clínicas gratuitas y de beneficencia.

1.6. Atención de emergencia. Tal y como se define en la Ley de Tratamiento Médico y Laboral de Emergencia (Emergency Medical Treatment and Labor Act, "EMTALA"), la atención inmediata proporcionada por un centro hospitalario para una afección médica de emergencia que es necesario para evitar poner en peligro grave la salud de un paciente, el deterioro grave de las funciones corporales, y/o la disfunción grave de órganos o partes del cuerpo. También incluye la atención a una mujer embarazada que está teniendo contracciones. La atención de emergencia se considera médicamente necesaria.

1.7. Pacientes exentos: Personas (y sus dependientes) que están exentas de impuestos a la seguridad social y a Medicare no necesitan solicitar la inscripción en programas de asistencia del gobierno, tales como Medicaid. La documentación puede incluir uno de los siguientes documentos:

1.8. Formulario 4029 del IRS aprobado y válido; Solicitud de exención de impuestos del Seguro Social y a Medicare y exención de los beneficios;

1.9. En los casos en los que no se disponga de un 4029, UPH-Meriter considerará otra documentación que demuestre que una persona está exenta de impuestos de la Seguridad Social.

1.10. Cargos brutos. El precio completo establecido de la atención médica que UPH – Meriter cobra de forma sistemática y uniforme a los pacientes antes de aplicar descuentos, asignaciones contractuales o deducciones.

1.11. Ingresos del grupo familiar: Los ingresos del grupo familiar son los ingresos combinados del paciente, el cónyuge paciente y todas las personas que aparecen como dependientes en la declaración de impuestos federales del paciente. Incluye todas las forma de ingresos, por ejemplo, salarios, ingresos por jubilación, rentas.

1.12. Hospital. Una instalación que, por exigencia de un estado, debe tener una licencia, estar registrada o ser similarmente reconocida como un hospital. Múltiples edificios operados por una Organización hospitalaria bajo una única licencia del estado se consideran un único Hospital.

1.13. Organización de hospitales. Una organización reconocida o que busca ser reconocida, tal como se describe en la Sección 501(c)(3), que opera uno o más Hospitales. Esto incluye cualquier otra organización que tenga la función o el propósito principal de proporcionar atención hospitalaria.

1.14. Médicamente necesario. Aquellos servicios requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión que se diagnosticaron o se sospecha razonablemente que son necesarios, tomando en cuenta el nivel más adecuado de atención. Según la afección médica del paciente, el entorno más adecuado para la prestación de atención puede ser un hogar, un consultorio médico, un establecimiento para pacientes ambulatorios o atención a largo plazo, rehabilitación o cama del hospital. Para ser médicamente necesario, un servicio debe:

1.14.1. ser necesario para tratar una enfermedad o lesión;

1.14.2. ser consistente con el diagnóstico y el tratamiento de las afecciones del paciente;

1.14.3. estar de conformidad con los estándares de buenas prácticas médicas; y

1.14.4. ser el nivel de atención más apropiado para el paciente, según lo determinado por la afección médica del paciente y no por la situación financiera o familiar del paciente.

El término "médicamente necesario" no incluye los servicios proporcionados para la comodidad del paciente o el médico del paciente, ni la atención médica electiva. Para los fines de esta política, UPH – Meriter se reserva el derecho de determinar, caso por caso, si la atención y los servicios cumplen con la definición y el estándar de "médicamente necesario" para los fines de la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

1.15. Paciente(s). Incluye al paciente y/o a la parte responsable por el paciente (padre, tutor, garante).

1.16. Determinación de la elegibilidad presunta. El proceso mediante el cual UPH – Meriter pueden usar las determinaciones de elegibilidad anteriores y/o la información de otras fuentes distintas del individuo para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera en virtud de esta política.

1.17. Acuerdo de caso único. Un acuerdo entre UPH – Meriter y un paciente o tercero en el que se acuerda un monto de pago para el caso de un paciente específico. Un acuerdo de caso único es una excepción y no es un programa de descuento ni un sustituto de los contratos de seguros.

1.18. Subasegurado. Pacientes asegurados cuyos costos médicos de bolsillo superan su capacidad de pago.

1.19. No asegurado. Los pacientes que no cuentan con un seguro o asistencia de terceros para ayudar a resolver su responsabilidad financiera para con proveedores de atención médica, por un servicio en particular.

1.20. Descuento para no asegurados. Un descuento ofrecido a los pacientes sin cobertura de seguro médico. Los gastos brutos del hospital multiplicados por el factor de descuento de no asegurados.

1.21. Atención urgente. Atención médicamente necesaria para tratar afecciones médicas que no sean potencialmente mortales de inmediato, pero podrían provocar la aparición de una enfermedad o lesión, discapacidad, la muerte, o un deterioro o disfunción grave de no ser tratadas en un plazo de 12-24 horas.

2. Elementos de la política. UPH – Meriter brinda asistencia financiera en virtud de esta política solo cuando: (a) considera que la atención es médicamente necesaria y elegible para recibir cobertura en virtud de esta política; (b) determina que los pacientes han cumplido con todos los criterios de elegibilidad; (c) determina que es el proveedor apropiado para el nivel de atención; y (d) los pacientes comienzan por solicitar de forma diligente la asistencia de otros programas (por ejemplo, Medicaid o seguro mediante el mercado de salud público). Como se describe en esta política, UPH – Meriter ofrece tanto atención gratuita como atención con descuento, dependiendo del tamaño de la familia, los ingresos y el tipo de servicio de atención médica de la persona. Los pacientes subasegurados y no asegurados que no reúnan los requisitos para la atención gratuita pueden recibir descuentos con una escala móvil sobre los cargos brutos por sus servicios médicamente necesarios en función de sus ingresos familiares como porcentaje de los Niveles Federales de Pobreza de Ingresos (Federal Poverty Guidelines, "FPG"). Se espera que estos pacientes paguen su saldo restante y puedan trabajar con un representante UPH – Meriter para establecer un plan de pago en función de su situación financiera. Si los servicios cubiertos son para atención de emergencia o servicios que UPH – Meriter tiene la obligación de proporcionar en virtud de la EMTALA, UPH – Meriter proporcionará dichos servicios cubiertos sin que se requiera un depósito de adelanto o prepago. Para todos los demás servicios cubiertos, UPH – Meriter puede requerir un pago por adelantado.

3. Procedimiento.

3.1. Elegibilidad para la asistencia financiera.

3.1.1. Los servicios elegibles para la asistencia financiera incluyen toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por UPH – Meriter a pacientes elegibles para FINA. Se ofrecerá asistencia financiera a los pacientes elegibles para cubrir la responsabilidad de los pacientes no asegurados, así como a los pacientes con saldos restantes tras el pago del seguro. UPH – Meriter no le cobrará a los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera más que los AGB a los pacientes asegurados por la atención de emergencia o médicamente necesaria. A un paciente no asegurado por debajo del umbral del 600 % no se le puede cobrar más que las tarifas del hospital menos el importe del descuento para no asegurados. En la medida permitida por compañías de seguro médico gubernamentales o privadas, los deducibles, coseguro, o copago podrían ser elegibles para su consideración en virtud de la asistencia financiera.

3.1.2. La elegibilidad para asistencia financiera puede determinarse en cualquier momento en el ciclo de ingresos.

3.1.3. A fin de ser elegible para asistencia financiera, los pacientes deben cumplir con los siguientes criterios:

3.1.3.1. El paciente y/o el representante del paciente deben cooperar con UPH – Meriter para explorar medios alternativos de asistencia, cuando esté disponible, incluido Medicare, Medicaid, seguro de salud grupal, el mercado intercambio de salud y otras formas de seguro (a menos que se proporcione documentación que demuestre que son un "paciente exento"). El paciente debe ceder a UPH-Meriter todos los ingresos del seguro o los fondos del acuerdo pagados directamente al paciente en relación con los costos médicos para cubrir los cargos pendientes asociados de UPH-Meriter antes de que se aplique la asistencia financiera. Los pacientes no asegurados que tengan la capacidad financiera para la adquisición de seguro de salud pueden ser alentados a hacerlo para ayudar a garantizar su acceso a la atención médica y bienestar general.

3.1.3.2. El paciente es incapaz de pagar según su situación financiera individual.

3.1.3.3. El paciente y/o el representante del paciente coopere con las políticas y los procedimientos de UPH – Meriter.

3.1.3.4. El paciente debe ser considerado un residente de Dane County o un condado contiguo. Para determinar la elegibilidad, Meriter usa las Pautas de Elegibilidad Residencial de Medicaid de Wisconsin según las define el Departamento de Servicios de Salud del estado de Wisconsin para su aplicación en los siguientes condados: Dane, Colombia, Dodge, Jefferson, Rock, Green, Iowa y Sauk. Los viajeros internacionales/pacientes visitantes que solicitan tratamiento que no sea de emergencia en UPH – Meriter no son elegibles para asistencia financiera.

3.1.3.5. El paciente debe tener ingresos anuales del grupo familiar por debajo del 500 % de los Niveles Federales de Pobreza o tienen una deuda médica excesiva (más del 50 % de sus ingresos brutos).

3.1.3.6. El paciente o el representante del paciente debe presentar una solicitud de asistencia financiera completa (incluida toda la documentación requerida por la aplicación) o cumplir con los requisitos de elegibilidad presunta.

3.1.3.7. Algunos programas federales y estatales basados en los ingresos, como Medicaid, exigen a los pacientes que presenten documentación como prueba de que sus ingresos están por debajo de un determinado umbral de pobreza federal (FPL). Si un paciente está actualmente activo para un programa estatal/federal que requiere prueba de FPL <200 %, el paciente puede no tener que presentar la documentación de los ingresos más allá de la solicitud de asistencia financiera a UPH-Meriter con el fin de ser aprobado para la asistencia financiera.

3.1.4. Cuando se determine la elegibilidad, UPH – Meriter no discriminará en función de la raza, color, origen nacional, orientación sexual, el sexo, la edad o la discapacidad.

3.1.5. Si UPH – Meriter determina que un paciente cumple con los criterios descritos anteriormente, UPH-Meriter determinará la cantidad de asistencia financiera al pacientes usando una escala móvil basada en los ingresos. (Anexo B)

3.1.6. Los pacientes no elegibles para asistencia financiera incluyen los siguientes:

3.1.6.1. Poblaciones de pacientes específicas que tienen un Acuerdo de caso único con UPH – Meriter.

3.1.6.2. Los pacientes que sean elegibles para recibir cobertura o el pago de los servicios en virtud de cualquier otro programa de seguro de salud o un accidente, incluida la indemnización laboral, la responsabilidad de terceros y el seguro automotor.

3.1.6.3. Los pacientes que sean miembros de planes de seguro de que consideren a UPH – Meriter “fuera de la red” y elijan recibir atención que no sea de emergencia en UPH – Meriter en lugar de un proveedor “dentro de la red”. En estos casos, UPH – Meriter puede reducir o rechazar a la asistencia financiera que de lo contrario estaría disponible para el paciente en función de una

revisión de la información de seguro del paciente y otros datos y circunstancias pertinentes.

3.1.6.4. Los pacientes que reciban atención que no se considere un servicio cubierto, ya que el servicio no se considera médicamente necesario ni atención de emergencia.

3.1.7. Asistencia financiera para los pacientes sin seguro médico remitidos a UPH-Meriter para servicios que no sean de emergencia y que reciban atención primaria comunitaria proporcionada por un Centro de Salud federalmente cualificado (Federally Qualified Health Center, FHCQ), un centro de salud comunitario o una Clínicas gratuitas y de beneficencia:

3.1.7.1. Si hay una base razonable para creer que el paciente no asegurado puede ser elegible para un programa de seguro de salud pública, UPH-Meriter le proporcionará al paciente la oportunidad de ser seleccionado y la asistencia para solicitar los programas de seguro de salud pública.

3.1.7.2. Si no hay una base razonable para creer que el paciente no asegurado puede ser elegible para un programa de seguro de salud pública, UPH-Meriter le proporcionará al paciente la oportunidad solicitar la asistencia financiera del hospital cuando los servicios hospitalarios están programados.

3.2. Asistencia para pacientes que no reúnen los requisitos para la asistencia financiera:

3.2.1. Los pacientes no asegurados que no sean elegibles para asistencia financiera pueden recibir un descuento autopagadero. Los pacientes pueden consultar la Política de Salud de UnityPoint 1.BR.33, Descuentos a pacientes no asegurados, para obtener más información.

3.3. Cómo solicitar asistencia financiera:

3.3.1. UPH – Meriter y UW Health se han asociado para crear una solicitud de asistencia financiera y un proceso de revisión compartidos, lo cual permite a los pacientes solicitar asistencia financiera a cualquiera de las dos organizaciones. Todas las solicitudes y la documentación de respaldo recibidas por cualquiera de las dos organizaciones se pondrán a disposición tanto de UPH – Meriter como de UW Health. La

determinación final de asistencia financiera, incluidos los niveles de descuento, seguirán siendo responsabilidad exclusiva de la organización individual. En caso de que haya una discrepancia, UPH – Meriter cumplirá con las pautas establecidas en esta política de asistencia financiera de UPH – Meriter.

3.3.2. Un paciente puede reunir los requisitos para la asistencia financiera a través de la elegibilidad presunta o mediante la presentación de una solicitud de asistencia financiera completa. Los materiales y la información de la solicitud están disponibles en línea y en las ubicaciones de UPH – Meriter y UW Health. Consulte el Anexo A, o una lista completa de la información de contacto, incluidos los lugares y sitios web.

3.3.3. Los pacientes pueden presentar una solicitud de asistencia financiera hasta 240 días después de la fecha del alta o de los servicios.

3.3.4. Se les pedirá a los pacientes que ratifiquen que toda la información proporcionada es auténtica. Si se determina que alguna parte de la información es falsa, todos descuentos ofrecidos al paciente podrán ser revocados, y estos serán responsables de la totalidad de los cargos por los servicios prestados.

3.3.5. Los pacientes deben completar una solicitud de asistencia financiera y proporcionar la siguiente documentación respaldatoria, si corresponde:

3.3.5.1. Comprobante de ingresos del solicitante (y cónyuge/si está casado/a).

3.3.5.1.1. Los recibos de sueldo más recientes. Uno de los siguientes:

3.3.5.1.1.1. Si se le paga semanalmente (cada semana), se necesitan los cuatro recibos de pago consecutivos más recientes.

3.3.5.1.1.2. Si se le paga bisemanalmente (cada 2 semanas), se necesitan los dos recibos de pago consecutivos más recientes.

3.3.5.1.1.3. Si se le paga mensualmente (cada mes), recibo de pago más reciente.

3.3.5.1.1.4. Carta de empleador en el que se declaren los ingresos semanales, mensuales o anuales.

3.3.5.1.2. Declaración de ingresos por desempleo

3.3.5.1.3. Información de ingresos por SSI/SSDI (incluidos los hijos menores de edad)

3.3.5.1.4. Información sobre rentas

3.3.5.1.5. Información sobre pensiones

3.3.5.1.6. Cualquier otra información suficiente para mostrar cómo el paciente/familia se mantiene actualmente

3.3.5.1.7. Copia del formulario de devolución de impuestos federales más reciente (incluidos todos los anexos que correspondan)

3.3.5.2. Estados de cuenta bancaria: los 2 más recientes

3.3.5.3. Evidencia de otros bienes, como se describe en la solicitud de asistencia financiera

3.3.5.4. Los individuos que no puedan proporcionar la documentación mencionada anteriormente, tengan preguntas o deseen ayuda para completar la Solicitud de asistencia financiera, pueden comunicarse con un representante de UPH – Meriter o UW Health, ya sea en persona o por teléfono. UPH – Meriter y UW Health tienen una línea de idiomas para ayudar a pacientes con sus preguntas o para proporcionar copias de la Política de asistencia financiera y/o la solicitud de asistencia financiera y de las instrucciones. Consulte el Anexo A, o una lista completa de la información de contacto, incluidos los lugares y sitios web.

3.3.6. La Solicitud de asistencia financiera completa será revisada por un representante calificado para verificar:

3.3.6.1. Que se haya agotado toda la cobertura de salud u otro tipo de cobertura de seguro, lo que incluye cualquier posible acuerdo de responsabilidad de terceros.

3.3.6.2. Elegibilidad para programas gubernamentales y de otro tipo. Si es elegible, se le proporcionará asistencia para solicitar cobertura.

3.3.6.3. Recursos disponibles además de los ingresos, p. ej., hogar, tierras, vehículo(s), posesiones personales.

3.3.6.4. Potencial de futuros ingresos.

3.3.6.5. Otras obligaciones financieras, por ejemplo, pensión infantil, pensión alimenticia.

3.3.6.6. Posible uso de fondos de donación adecuados.

3.3.7. Los pacientes que califiquen para su consideración para obtener asistencia parcial en virtud de la política de asistencia financiera de UPH – Meriter deberán cooperar con UnityPoint Health proporcionando toda la información y la documentación necesaria para establecer un acuerdo y/o el plan de pago razonable. Los pacientes deben notificar a UPH – Meriter o UW Health sobre cualquier cambio positivo o negativo en su situación financiera cuando programen las visitas subsiguientes.

3.3.8. Pueden utilizarse fuentes externas, como el crédito, la propensión al pago o las puntuaciones de recuperación médica para verificar la elegibilidad.

3.3.9. La aprobación actual de los programas estatales/federales basados en los ingresos con criterios de elegibilidad iguales o inferiores al 200 % de las directrices federales sobre ingresos (es decir, Medicaid) puede utilizarse para verificar la elegibilidad para la asistencia financiera. La documentación más allá de la solicitud de ayuda financiera puede no ser necesaria.

3.3.10. Según la documentación de respaldo proporcionada, las solicitudes pueden ser aprobadas por única vez para todos los balances pendientes, y/o pueden ser aprobadas en forma prospectiva para hasta doce meses después de la fecha de aprobación de la solicitud completa.

3.4. Apelación de las denegaciones u otorgamiento de asistencia financiera parcial.

3.4.1. Los pacientes o sus representantes pueden apelar ante UPH – Meriter las decisiones sobre la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

3.4.1.1. Si se niega a asistencia financiera, puede presentarse una apelación en el término de 20 días calendario después de la fecha de la carta que notifica al solicitante la negativa o asignación parcial. Las cartas de apelación en las que se describa el motivo por el cual la aplicación debe ser reconsiderada, junto con la documentación de respaldo, se deben enviar a:

UnityPoint Health – Meriter
Patient Financial Coordination - Financial Assistance Appeals
202 South Park Street
Madison, WI 53715

3.4.1.2. Todas las apelaciones serán consideradas conjuntamente por el Comité de apelaciones de asistencia financiera de UPH – Meriter y UW Health. Las decisiones del comité se enviarán por escrito a la persona que presentó la apelación.

3.5. Determinación del monto del descuento.

3.5.1. Una vez que se haya establecido la elegibilidad para recibir asistencia financiera, UPH – Meriter no le cobrará a los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera más que los AGB a los pacientes asegurados por la atención de emergencia o médicamente necesaria. Los pacientes que tengan ingresos familiares de o por debajo del 600 % de las FPG pueden recibir atención con descuento o gratuita, como se ilustra en el Anexo B.

3.5.2. A los pacientes no asegurados por debajo del umbral de pobreza federal del 600 % no se le puede cobrar más que las tarifas del hospital menos el importe del descuento para no asegurados.

3.5.3. Los pacientes con una deuda médica excesiva (más del 50 % de sus ingresos) también son elegibles para mayores descuentos de asistencia financiera en virtud de esta política, como se describe en el Anexo B.

3.5.4. La cantidad máxima que UPH-Meriter cobrará por los servicios médicamente necesarios y la atención de emergencia en un período de doce (12) meses a un paciente no asegurado con ingresos familiares

inferiores o iguales al seiscientos por ciento (600 %) de los Niveles Federales de Ingresos de Pobreza es el veinticinco por ciento (25 %) de los ingresos familiares de dicho paciente. UPH-Meriter determinará, caso por caso, si extiende la misma cantidad máxima cobrable de doce (12) meses, o una similar, a cualquier otro Paciente Elegible de la FAP que pague por sí mismo y que tenga un ingreso familiar menor o igual al seiscientos por ciento (600%) de los Niveles Federales de Ingresos de Pobreza para los servicios Médicamente Necesarios y la Atención de Emergencia. UPH-Meriter se reserva el derecho de excluir de la aplicación de esta cantidad máxima cobrable de doce (12) meses a los pacientes que tengan activos con un valor superior al seiscientos por ciento (600 %) de los Niveles Federales de Ingresos de Pobreza. A efectos de determinar la aplicabilidad del importe máximo cobrable de doce (12) meses, no se computarán los siguientes bienes:

3.5.4.1. La residencia principal del paciente no asegurado;

3.5.4.2. Bienes personales exentos de juicio en virtud del artículo 12-1001 del Código de Procedimiento Civil de Illinois; y

3.5.4.3. Cualquier cantidad mantenida en un plan de pensiones o de jubilación, siempre que, no obstante, las distribuciones y los pagos del plan de pensiones o de jubilación puedan incluirse como ingresos.

3.6. Elegibilidad presunta:

3.6.1. A falta de información suficiente para respaldar la elegibilidad para asistencia financiera, UPH – Meriter puede optar por consultar o basarse en fuentes externas y/u otros recursos de la inscripción en el programa, a fin de determinar la elegibilidad en el caso de que:

3.6.1.1. el paciente no tenga hogar;

3.6.1.2. el paciente reúna actualmente los requisitos para programas de asistencia al estatales o locales, aunque el paciente no haya sido históricamente elegible para los mismos programas;

3.6.1.3. el paciente se elegible para participar en un programa de medicamentos de venta con receta financiado por el estado;

3.6.1.4. el paciente haya muerto sin dejar un patrimonio sucesorio;

3.6.1.5. el paciente se declare en quiebra; y/o

3.6.1.6. El paciente está inscrito en uno de los siguientes programas de asistencia con criterios de elegibilidad iguales o inferiores al doscientos por ciento (200 %) de los Niveles Federales de Ingresos de Pobreza.

3.6.1.6.1. Programa de nutrición para mujeres, bebés y niños (Women, Infant, and Children, WIC);

3.6.1.6.2. Programa de Asistencia de la Nutrición Complementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP);

3.6.1.6.3. Programa del desayuno y almuerzo gratis de Illinois;

3.6.1.6.4. Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP);

3.6.1.6.5. Asistencia temporal para familias necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF);

3.6.1.6.6. Un programa comunitario organizado que proporcione acceso a la atención médica que evalúe y documente la condición financiera de bajos ingresos como requisito para la elegibilidad; o

3.6.1.6.7. Programa de subsidios de asistencia para servicios médicos.

3.6.2. Se pueden utilizar fuentes externas para determinar la elegibilidad presunta, lo que puede incluir las puntuaciones de crédito o retorno médico disponibles a través de TransUnion, Zillow o Access Dane.

3.6.3. UPH – Meriter también usa una fuente externa para determinar un puntaje de “propensión a pagar” a fin de ayudar a identificar pacientes que puedan ser elegibles para asistencia financiera en virtud de esta política. Los saldos de las cuentas de los pacientes con un nivel de pobreza igual o inferior al 300 %, y con una baja propensión al pago se cancelarán presuntamente.

3.6.4. UPH – Meriter también puede usar las determinaciones de elegibilidad para asistencia financiera previas como base para determinar la elegibilidad en el caso de que el paciente no proporcione documentación suficiente para respaldar una determinación de elegibilidad.

3.6.5. Las aprobaciones de elegibilidad presunta se aplican únicamente a saldos pendientes y no a los saldos futuros. Estas cuentas están aprobadas para un descuento del 100 %.

3.6.6. Un paciente que pague por sí mismo y que cumpla uno o más de los criterios de presunción de elegibilidad y que presente una solicitud de asistencia financiera no tendrá que informar de sus ingresos brutos ni de sus gastos mensuales.

3.7. Proveedores elegibles: Además de atención médica administrada por UPH – Meriter, la atención de emergencia y médicamente necesaria proporcionada por los proveedores, como se define en el Anexo C, también está cubierta por esta política. Los miembros del público pueden obtener fácilmente el Anexo C y la Lista de proveedores de respaldo al acceder a esta política en línea en www.unitypoint.org/madison/financial-assistance, por correo y/o en persona en los mostradores de admisión/registro de todas las ubicaciones de UPH – Meriter. Consulte el Anexo A para ver una lista completa de la información de contacto, incluidos los lugares y sitios web.

3.8. Comunicación del Programa de Asistencia financiera:

3.8.1. UPH – Meriter comunica la disponibilidad y términos de su programa de asistencia financiera a todos los pacientes y dentro de la comunidad. Las copias de la política de asistencia financiera (Política 1.BR.34M), la solicitud de asistencia financiera y el Resumen en términos sencillos están disponibles por correo postal, en la página web de UPH – Meriter y en persona en las ubicaciones de UPH – Meriter.

3.8.2. Hay coordinadores financieros de UPH – Meriter disponibles por teléfono en el (608) 417-5035 para responder preguntas acerca de la política. Los

pacientes también pueden dirigirse a Registro de pacientes en el lobby de UPH – Meriter Hospital para obtener esta información en persona. Consulte el Anexo A para ver la información de contacto completa.

3.8.3. UPH – Meriter desarrolló un resumen en términos sencillos de esta política.

3.8.3.1. El Resumen en términos sencillos está disponible por correo, en el sitio web de UPH – Meriter y en persona en las ubicaciones de UPH – Meriter .

3.8.3.2. El Resumen en términos sencillos se ofrece como parte del proceso de admisión y/o alta del paciente.

3.8.3.3. El Resumen en términos sencillos se incluirá cuando se le envíe a un Paciente una notificación por escrito de que podrían tomarse medidas de cobranza extraordinarias en su contra. Las medidas de cobranza extraordinarias que podría tomar UPH – Meriter se detallan en la Política UPH 1.BR.40, Facturación y cobranzas, de la cual puede obtenerse una copia en el sitio web de UPH – Meriter y en persona en las ubicaciones de UPH – Meriter.

3.8.4. Esta política de asistencia financiera, el Resumen en términos sencillos y todos los formularios de asistencia financiera estarán disponibles en inglés y en cualquier otro idioma hablado por poblaciones con Capacidad limitada en inglés (Limited English Proficiency, “LEP”) compuestas por 1000 personas o que constituyan más del 5 % de la comunidad atendida por UPH – Meriter, lo que sea menor. Estos documentos traducidos están disponibles por correo, en el sitio web de UPH – Meriter y en persona en ubicaciones de UPH – Meriter.

3.8.5. Estas notificaciones y documentos se pueden proporcionar en forma electrónica.

3.8.6. Las solicitudes de asistencia financiera pueden ser presentadas por un paciente, sus familiares, amigos o asociados, pero estarán sujetas a las leyes de privacidad aplicables.

3.8.7. Los requisitos de las leyes estatales que contengan requisitos adicionales y/o más estrictos para comunicar la información sobre asistencia financiera se respetarán en esos estados.

3.9. Información de contacto para asistencia financiera:

3.9.1. La solicitud de asistencia financiera y el proceso de revisión compartidos de UPH – Meriter y UW Health permite a los pacientes solicitar asistencia financiera a través de cualquiera de las dos organizaciones. Los representantes de ambas organizaciones cuentan con una línea de idiomas para ayudar a los pacientes que no hablan inglés con sus preguntas sobre el proceso de solicitud de asistencia financiera. Las personas que no puedan proporcionar la documentación mencionada anteriormente, tengan preguntas o deseen ayuda para completar la Solicitud de asistencia financiera, pueden comunicarse con un representante de UPH – Meriter o UW Health, ya sea en persona o por teléfono. Los pacientes deben dirigir las preguntas sobre facturación o cualquier pregunta específica sobre la Política de asistencia financiera de UPH – Meriter a un Coordinador de información financiera del paciente de UPH – Meriter. Esto incluye la solicitud de una copia de la Política de asistencia financiera de UPH-Meriter o un resumen en lenguaje sencillo. Consulte el Anexo A, o una lista completa de la información de contacto, incluidos los lugares y sitios web.

3.10. Requisitos regulatorios:

3.10.1. Al implementar esta política, UPH – Meriter deberá cumplir con todas las demás leyes, reglas y reglamentaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a actividades realizadas en virtud de esta política.

*/firmado/ Mike Heinrich*

Mike Heinrich
Director de Finanzas de UPH

## ANEXO A – INFORMACIÓN DE CONTACTO PARA ASISTENCIA FINANCIERA

UPH-Meriter tiene una línea de idiomas para ayudar a pacientes con sus preguntas con respecto al programa de Asistencia Financiera. Los pacientes también pueden contactarnos para solicitar una copia de las pautas de Asistencia Financiera de UPH-Meriter.

Los pacientes pueden solicitar la asistencia financiera y presentar una única aplicación ya sea a UPH – Meriter o UW Health para su revisión.
Los pacientes deben dirigir las preguntas sobre facturación o cualquier pregunta específica sobre la Política de asistencia financiera de UPH – Meriter a un Coordinador de información financiera del paciente de UPH – Meriter. Esto incluye la solicitud de una copia de la Política de asistencia financiera de UPH-Meriter o un resumen en lenguaje sencillo.

**Coordinación financiera de UPH – Meriter**
Los coordinadores financieros del paciente están disponibles en persona en el área de Registro de pacientes del lobby del hospital. Los pacientes pueden llamar o consultar el sitio web para ver el horario de disponibilidad más actual.

| | |
|---|---|
| Teléfono: | (608) 417-5035 |
| Fax: | (608) 417-6478 |
| Correo postal: | **UnityPoint Health - Meriter**<br>Patient Financial Coordination<br>202 South Park Street,<br>Madison, WI 53715 |
| Sitio web: | www.unitypoint.org/madison/financial-assistance |

**Programa de asistencia financiera de UW Health**
Hay asesoramiento financiero de UW Health disponible en persona en el edificio de oficinas administrativas. Los pacientes pueden llamar o consultar el sitio web para ver el horario de disponibilidad más actual.

| | |
|---|---|
| Teléfono: | (877) 278-6437 |
| Fax: | (608) 833-5039 |
| Correo postal: | **UW Health – Financial Assistance Program**<br>Administrative Offices Building<br>7974 UW Health Court<br>Middleton, WI 53562 |
| Sitio web: | www.uwhealth.org/communitycare |

## ANEXO B – NIVELES DE AJUSTE DE ASISTENCIA FINANCIERA PARA 2021

Estas pautas representan una versión simplificada de los umbrales de pobreza usados para fines administrativos al determinar la elegibilidad para el Programa de asistencia financiera de UPH – Meriter, así como ciertos programas federales y estatales. Este documento se actualiza anualmente para reflejar las Pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) y los Montos generalmente facturados (Amount Generally Billed, AGB) de conformidad con los requisitos de la Ley de Protección del Paciente y Cuidado de Salud Asequible.

Las Pautas federales de pobreza (FPG) son medidas federales del nivel de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Health and Human Services, HHS) de EE. UU. emite cada año en el *Registro Federal*.

| | | **Descuento por asistencia financiera** | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| **Tamaño de la Familia** | **Nivel de Pobreza** | **≤ 300 % de las FPG** | | **≤ 400 % de las FPG** | **≤ 600 % de las FPG** |
| 1 | 12,880 | 38,640 | | 51,250 | 64,400 |
| 2 | 17,420 | 52,260 | | 69,680 | 87,100 |
| 3 | 21,960 | 65,880 | | 87,840 | 109,800 |
| 4 | 26,500 | 79,500 | | 106,000 | 132,500 |
| 5 | 31,040 | 93,120 | | 124,160 | 155,200 |
| 6 | 35,580 | 106,740 | | 142,320 | 177,900 |
| 7 | 40,120 | 120,360 | | 160,480 | 200,600 |
| 8 | 44,660 | 133,980 | | 178,640 | 223,300 |
| **Monto del descuento** | | **100 %** | | **80 %** | **73 %*** |

*El AGB de UPH – Meriter es del 33 %. Consulte las definiciones para obtener información sobre el cálculo.

Para las familias o viviendas con más de ocho personas agregar $4,540 por cada persona adicional

Los pacientes con una deuda médica excesiva (más del 50 % de sus ingresos) también pueden ser elegible para una adjudicación por única vez de una mayor asistencia financiera en virtud de esta política.

**Porcentaje de ajuste en función del tamaño de la deuda médica:**

| Deuda médica | ≤ 300 % de las FPG | ≤ 350 % de las FPG | ≤ 400 % de las FPG | ≤ 500 % de las FPG | ≤ 600 % de las FPG | > 600 % de las FPG |
|---|---|---|---|---|---|---|
| < 50,000 | 100 % | 93 % | 90 % | 85 % | 80 % | 75 % |
| 50,000-100,000 | 100 % | 93 % | 91 % | 90 % | 85 % | 80 % |
| 100,000-150,000 | 100 % | 96 % | 94 % | 93 % | 90 % | 85 % |
| > 150,000 | 100 % | 97 % | 96 % | 95 % | 95 % | 90 % |

## ANEXO C: SERVICIOS Y PRÁCTICAS DE PROVEEDORES CUBIERTOS

La atención de emergencia y médicamente necesaria proporcionada en una ubicación de UnityPoint – Meriter en general está cubierta en virtud de la política.

Muchas de las partes del médico/profesional de los servicios proporcionados en el campus del hospital principal de UPH – Meriter (202 South Park Street, Madison, WI 53715) **no están cubiertas en virtud de esta política de asistencia financiera y se le facturarán por separado**, lo que incluye:

- Medicina de Emergencia
- Patología
- Radiología/diagnóstico por imágenes
- Obstetricia
- Anestesiología
- La mayoría de las consultas con especialistas

Para ayudarle a comprender cuáles de estos proveedores están cubiertos en virtud de esta política, consulte la Lista de consultorios de proveedores completa que se encuentra disponible si la solicita o en línea en www.unitypoint.org/madison/financial-assistance/ProviderListing.

## ANEXO D MONTOS GENERALMENTE FACTURADOS (AGB)

Para calcular el AGB, UPH-Meriter utiliza el método de mirar atrás ("look-back") descrito en el 26 C.F.R. 501(r)-4(b)(2). En este método, UPH - Meriter utiliza datos basados en los reclamos enviados a Medicare por el pago por servicio y a todas las aseguradoras comerciales privadas por atención de urgencia y médicamente necesaria durante el año pasado para determinar el porcentaje de los cargos brutos que suelen pagar estas aseguradoras.

A continuación, el porcentaje del AGB se multiplica por los gastos brutos de la atención de urgencia y médicamente necesaria para determinar el AGB. UPH - Meriter recalcula el porcentaje cada año. El porcentaje de AGB para los servicios UPH -Meriter es del 33 %.

> Ejemplo
> Si los gastos brutos del procedimiento de colonoscopia de un paciente de UPH - Meriter ascienden a $10.000, el porcentaje de AGB es del 33 % y el paciente tiene derecho a recibir asistencia financiera en virtud de esta póliza, no será personalmente responsable de pagar más de $3.300 por el procedimiento de colonoscopia.

Debido a que el porcentaje de AGB para los servicios de UnityPoint Health - Meriter es de 33 %, y debido a que la cantidad mínima de asistencia disponible bajo esta política es un 67 % de descuento de los cargos brutos, ningún paciente elegible para asistencia financiera será requerido a pagar una cantidad en exceso de AGB.