

Asunto: Política de asistencia financiera
Número de índice:
Sección: Ciclo de ingresos
Subsección:
Categoría: Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics
Contacto: Toni Young
Última enmienda: 16 de diciembre de 2015



Referencias

Pautas federales de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos
Política de descuento por pronto pago de servicios no cubiertos por la política de asistencia financiera
Notificación del IRS 2015-46 y ley federal 29 CFR §§1.501(r) (4) – (6)
Ley federal 26 CFR 250 (31 dic. 2014) p78954-79016
Anexo 1: Formulario de solicitud de asistencia financiera
Anexo 2: Tabla de descuentos basados en límites de ingresos y activos, y tarifa de descuento para personas sin seguro
Anexo 3: Proveedores y departamentos cubiertos
Anexo 4: Porcentaje de montos generalmente facturados
Anexo 5: Acceso público a los documentos

Aplicable a

Todos los pacientes de St. Joseph's Health Services, Inc., bajo el nombre de Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics (en adelante, referido conjuntamente como "GSTJ"), que obtengan servicios de cuidado de salud en Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics.

Detalle

La misión de GSTJ es distinguirse por su excelencia en la atención al paciente, así como también en educación, investigación y el mejoramiento en la calidad de la salud en las comunidades a las que presta servicios. Deseamos llegar a ser un sistema de cuidado de la salud caracterizado por la excelencia y reconocido a nivel nacional por mejorar la salud y el bienestar de nuestros pacientes y sus comunidades.

En virtud de su misión, GSTJ se ha comprometido a brindar servicios de cuidado de la salud de emergencia y necesarios por razones médicas a los pacientes, independientemente de su cobertura de seguro o sus posibilidades económicas. El propósito de esta política de asistencia financiera es cumplir con las leyes federales y estatales aplicables a nuestra área de servicio. Los pacientes calificados para recibir asistencia bajo esta política obtendrán un descuento por el cuidado obtenido de proveedores calificados.

La asistencia financiera brindada según esta política se otorga con la expectativa de que los pacientes colaboren con los procedimientos de solicitud que establece la política, al igual que con los procedimientos de beneficio público o programas de cobertura disponibles para cubrir el costo de la atención prestada. Al determinar la elegibilidad del paciente para asistencia financiera, GSTJ no discriminará a nadie por su edad, sexo, raza, credo, color, discapacidad, **religión**, orientación sexual, país de origen o estado migratorio.

Implementación

DEFINICIONES

Las siguientes definiciones se aplican a todas las secciones de esta política.

Monto generalmente facturado: El monto generalmente facturado es el pago de los servicios de emergencia o necesarios por razones médicas que realizarían los pacientes o el garante de un paciente. Para los pacientes calificados, dicho monto no superará una tarifa determinada mediante el método de actualización descrito en el apartado §1.501(r)-5(b) (3) del Código de Rentas Internas. El método de actualización se basará efectivamente en los reclamos pasados que fueron compensados mediante el pago por servicio (*Fee-for-Service*) de Medicare junto con todos los reclamos pagados por seguros privados de salud. Los reclamos a incluir en el cálculo del monto generalmente facturado serán aquellos permitidos durante el año calendario anterior. Los montos de coseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador junto con el pago por servicio de Medicare y todos los reclamos autorizados a seguros privados de salud. Los cargos brutos correspondientes a tales reclamos se incluirán en el denominador. El monto generalmente facturado se calculará anualmente desde el día número 45 a partir del cierre del año calendario anterior, y se implementará desde el día número 120 a partir del cierre del año calendario actual.

Porcentaje del monto generalmente facturado: El porcentaje del monto generalmente facturado se calculará cada año a partir del día número 45 del año y se describe en el Anexo 4 de la presente política.

Periodo de solicitud: El periodo durante el cual se aceptarán y se procesarán las solicitudes de asistencia financiera. El periodo de solicitud comienza en la fecha de prestación del servicio y finaliza el día número 240 a partir de la fecha de emisión de la primera factura posterior al servicio.

Asistencia para cuidados en situaciones catastróficas: La asistencia financiera brindada a pacientes elegibles con ingresos familiares anualizados superiores al 300% del nivel federal de pobreza y activos inferiores al 600% del nivel federal de pobreza, así como también las obligaciones financieras resultantes de los servicios médicos prestados por GSTJ cuyo costo supere el 25% del ingreso familiar.

Atención con descuentos: La asistencia financiera que proporciona un descuento por servicios médicos elegibles prestados por GSTJ, según una escala móvil, para pacientes elegibles o garantes de pacientes con ingresos familiares anualizados equivalentes de menos del 300% del nivel federal de pobreza y activos inferiores o equivalentes al 600% del nivel federal de pobreza.

Condición médica de emergencia: Tal como se define en la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (*Social Security Act*) (apartado 42 U.S.C. 1395dd). El término “condición médica de emergencia” se refiere a una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente severidad (incluyendo dolor severo) de tal magnitud que podría preverse razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata pueda resultar en:

- grave peligro para la salud de la persona (o, en caso de una mujer embarazada, la salud de la mujer o el feto),
- insuficiencia grave de las funciones físicas, o

- disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo, o
- con respecto a una mujer embarazada que tiene contracciones:
 - que hay un tiempo inadecuado para trasladarla en forma segura a otro hospital antes del parto, o
 - que el traslado pueda implicar una amenaza a la salud o la seguridad de la mujer o del feto.

Familia: Tal como lo define la Oficina del Censo de los Estados Unidos, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente manifiesta que alguien es su dependiente en su declaración del impuesto a los ingresos según el reglamento del Servicio de Rentas Internas, dicha persona puede considerarse como dependiente con el propósito de determinar la elegibilidad con respecto a la presente política.

Ingreso familiar: El ingreso familiar de un solicitante corresponde al ingreso bruto combinado de todos los miembros adultos de la familia que residen en la vivienda y que se han incluido en la declaración más reciente del impuesto federal a los ingresos. En el caso de pacientes menores de 18 años, el ingreso familiar incluye el del padre, la madre o ambos o los padrastros o parientes cuidadores. El ingreso familiar se determina mediante la definición de la Oficina del Censo, la cual incluye los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza:

- Incluye ganancias, subsidio por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, beneficios del Seguro Social, seguridad de ingreso suplementario, asistencia pública, beneficios para veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingreso de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos patrimoniales, fideicomisos, subsidios para educación, pensión alimenticia, manutención de hijos,
- No se cuentan los beneficios no monetarios (tales como estampillas de alimentos y subsidios para vivienda);
- Se calculan antes de deducir los impuestos;
- Se excluyen las ganancias o pérdidas de capital

Nivel federal de pobreza: El nivel federal de pobreza aplica límites de ingresos que varían con el tamaño y la composición de la familia para determinar quiénes viven en condiciones de pobreza en los Estados Unidos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos actualiza periódicamente dichos límites en el *Federal Register* (periódico oficial del gobierno federal) de conformidad con la Subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código Federal de los Estados Unidos. Las pautas actuales del nivel federal de pobreza pueden consultarse en el sitio <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>.

Asistencia financiera: Asistencia brindada a pacientes elegibles quienes, en caso contrario, padecerían dificultades financieras, a fin de cubrirles parcialmente la obligación financiera surgida de servicios de emergencia o necesarios por razones médicas prestados por GSTJ.

Garante: Una persona que no es el paciente, pero que tiene la responsabilidad de pagar la factura del paciente.

Cargos brutos: El total de los cargos a la tarifa completa establecida por la prestación de atención médica al paciente antes de aplicar deducciones a los ingresos.

Persona(s) sin hogar: Tal como lo define el gobierno federal y lo publicó el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) en el Federal Register el 5 de diciembre de 2011: Una persona o familia que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada; lo que significa que la persona o familia tiene una residencia primaria nocturna que es un lugar público o privado cuyo propósito no es servir como vivienda humana, o bien que la persona o familia vive en un refugio de funcionamiento público o privado, diseñado para brindar vivienda temporal. En esta categoría también se incluye a las personas que se están retirando de una institución donde residieron, como máximo, por 90 días, y que inmediatamente antes de haber ingresado en dicha institución, habían residido en un refugio o lugar de emergencia cuyo propósito no es servir como vivienda humana.

Necesario por razones médicas: Tal como lo define Medicare, los servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.

Pago por servicio de Medicare: Seguro médico disponible conforme a la Parte A y Parte B de Medicare del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (*Social Security Act*) (apartado 42 USC 1395c – 1395w-5).

Plan de pago: Un plan de pago convenido por GSTJ y un paciente o el garante de un paciente para cubrir los gastos de bolsillo. El plan de pago tomará en cuenta las circunstancias financieras del paciente, el monto adeudado y todo pago previo.

Presunta elegibilidad: Bajo ciertas circunstancias, se puede suponer o considerar que los pacientes sin seguro son elegibles para asistencia financiera con base en su inscripción en otros programas condicionados por los recursos económicos u otras fuentes de información, no proporcionados directamente por el paciente, a fin de evaluar la necesidad financiera de una persona.

Seguro médico privado: Toda organización que, sin ser una unidad gubernamental, ofrece seguro médico, incluyendo las organizaciones no gubernamentales que administren un plan de seguro médico bajo el programa Medicare Advantage.

Periodo de calificación: A los solicitantes elegibles para asistencia financiera se les otorgará asistencia por un periodo de seis meses.

Descuento para personas sin seguro: A los pacientes que no tengan cobertura de terceros se les otorgará un descuento para personas sin seguro, por los servicios elegibles de GSTJ bajo esta política, al momento de aplicarse los cargos sin descuento.

Paciente sin seguro: Un paciente sin cobertura de terceros proporcionada por otro asegurador comercial, un plan bajo la ley ERISA, un programa federal de atención médica (incluyendo, entre otros, los programas Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), el seguro de indemnización por accidente de trabajo u otra asistencia de terceros disponible para cubrir el costo del cuidado de la salud de un paciente.

Paciente con seguro insuficiente: Una persona, que tiene cobertura de un seguro privado o público, quien incurriría en dificultades financieras para pagar la totalidad de los gastos previstos de bolsillo por los servicios médicos prestados por GSTJ.

SERVICIOS ELEGIBLES

Los servicios elegibles en virtud de la política de asistencia financiera de GSTJ tienen que ser clínicamente adecuados y mantenerse dentro de las prácticas médicas generalmente aceptadas. Incluyen lo siguiente:

- Los servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de emergencia, al igual que aquellos prestados en un entorno de emergencia para estabilizar la condición de un paciente.
- Los servicios no optativos prestados en respuesta a circunstancias de riesgo vital en un entorno que no es de emergencia.
- Los servicios necesarios por razones médicas, tales como servicios de atención médica a paciente hospitalizado o paciente ambulatorio, prestados con el fin de evaluar, diagnosticar o tratar una lesión o enfermedad, así como también aquello que, por lo general, Medicare u otra cobertura de seguro médico defina como “artículos o servicios cubiertos”.

Entre los servicios no elegibles para asistencia financiera se incluyen los siguientes:

- Los procedimientos optativos que no sean necesarios por razones médicas, así como también los servicios que, por lo general, no cubra Medicare o que Medicare u otra cobertura de seguro médico no defina como necesario por razones médicas.
- Servicios prestados por proveedores de atención médica que no se facturan por medio de GSTJ. (Por ej., profesionales médicos o privados, transporte en ambulancia, etc.). Se recomienda a los pacientes contactar directamente a dichos proveedores para consultar si hay alguna asistencia disponible y coordinar un método de pago.
- Los deducibles y el coseguro asociados con los servicios necesarios por razones médicas prestados al paciente fuera de la red, según lo definido por sus compañías de seguros.

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

La asistencia financiera se extenderá a pacientes o a garantes de pacientes sin seguro o con cobertura insuficiente que cumplan los criterios especificados a continuación. Dichos criterios garantizarán que la presente política de asistencia financiera se aplique uniformemente en el ámbito de GSTJ. GSTJ se reserva el derecho a revisar, modificar o cambiar la presente política según sea necesario o apropiado.

Deben examinarse y evaluarse los recursos de pago (seguro disponible a través del empleo, Asistencia Médica [*Medical Assistance*], Fondos para Indigentes [*Indigent Funds*], Víctimas de Delitos Violentos [*Victims of Violent Crimes*], etc.) antes de considerar una cuenta para asistencia financiera a fin de garantizar el manejo prudente de los recursos de GSTJ en la prestación de dicha asistencia. Si se evidencia que un paciente es elegible para alguna otra asistencia, GSTJ lo referirá a la agencia pertinente a fin de obtener ayuda para llenar las solicitudes y los formularios necesarios. Como condición para aprobar su asistencia financiera, se requiere que los solicitantes de asistencia agoten todas las demás opciones de pago.

Los solicitantes de asistencia financiera tendrán la responsabilidad de inscribirse en programas públicos y procurar la cobertura de seguros médicos privados. Es posible que se deniegue la asistencia financiera a los pacientes o garantes de pacientes que opten por no colaborar en la inscripción en programas identificados por GSTJ como posibles fuentes de pago de la atención médica. Se espera que los

solicitantes contribuyan al costo de su atención con base en su capacidad de pago, tal como se establece en esta política.

Los pacientes o garantes de pacientes identificados como que probablemente califiquen para Medicaid deben solicitar la cobertura de Medicaid o presentar la carta de negativa de Medicaid recibida durante los seis (6) meses anteriores a la solicitud de asistencia financiera de GSTJ. A fin de obtener asistencia financiera, los pacientes o garantes de pacientes deben colaborar con el proceso de solicitud establecido en la presente política.

Los criterios que considerará GSTJ al evaluar la elegibilidad de un paciente para asistencia financiera también incluyen los ingresos, los activos y las deudas médicas de su familia. El programa de asistencia financiera de GSTJ está a disposición de todos los pacientes que cumplan los requisitos de elegibilidad estipulados en la presente política, independientemente de su ubicación geográfica o estado de residencia. La asistencia financiera se extenderá a los pacientes o al garante de un paciente, con base en sus necesidades financieras y en cumplimiento con las leyes federales y estatales.

Se ofrecerá asistencia financiera a los pacientes elegibles con cobertura insuficiente de seguro, a condición de que dicha asistencia sea compatible con el contrato del seguro. Por lo general, la asistencia financiera no está disponible para cubrir el copago o los saldos correspondientes al paciente después de aplicado el seguro en el caso de que un paciente no cumpla razonablemente con los requisitos del seguro, tales como obtener las referencias o autorizaciones adecuadas. Por lo general, los saldos por servicios fuera de la red pueden examinarse caso por caso. Se espera que los pacientes que tengan cuentas personales de salud con ventajas impositivas, tales como cuentas de ahorros para gastos médicos, planes de reembolso para la salud o cuentas flexibles para gastos médicos, utilicen todos los fondos de sus cuentas antes de que se les otorgue la asistencia financiera. GSTJ se reserva el derecho a revertir los descuentos descritos en esta política en el caso de que determine razonablemente que tales términos infringen cualquier obligación legal o contractual de GSTJ.

ASISTENCIA FINANCIERA

Basado en la evaluación de los ingresos, activos y deudas médicas de la familia de un solicitante, puede que los solicitantes elegibles reciban la siguiente asistencia.

Descuento para personas sin seguro: Al momento de aplicarse los cargos sin descuento, a los pacientes que no tengan cobertura de terceros se les otorgará un descuento para personas sin seguro. Esto se aplica a los pacientes sin cobertura para pagar a través de un seguro médico u otros pagadores.

Atención con descuentos: En virtud de la presente política de asistencia financiera, se aplicará una escala móvil a todo paciente o garante de paciente sin seguro o con cobertura insuficiente de seguro, cuyo ingreso familiar bruto sea inferior al 300% del actual nivel federal de pobreza y con activos por debajo del equivalente al 600% del nivel federal de pobreza, por los cargos correspondientes a los servicios cubiertos prestados por GSTJ. Se aplicarán descuentos, según el siguiente programa, con base en el ingreso familiar del paciente o del garante del paciente:

- Con ingresos familiares inferiores al 100% del nivel federal de pobreza califican para obtener un descuento del 90% sobre el saldo adeudado por el paciente.

- Con ingresos familiares superiores al 101% del nivel federal de pobreza, pero inferiores o equivalentes al 150% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 80% sobre el saldo adeudado por el paciente.
- Con ingresos familiares superiores al 151% del nivel federal de pobreza, pero inferiores o equivalentes al 200% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 70% sobre el saldo adeudado por el paciente.
- Con ingresos familiares superiores al 201% del nivel federal de pobreza, pero inferiores o equivalentes al 250% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 50% sobre el saldo adeudado por el paciente.
- Con ingresos familiares superiores al 251% del nivel federal de pobreza, pero inferiores o equivalentes al 300% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 45% sobre el saldo adeudado por el paciente.

Cuidado en situaciones catastróficas: Los pacientes de GSTJ que no cumplan con los límites de elegibilidad para asistencia financiera pueden calificar para obtener asistencia, en situaciones donde las facturas médicas de GSTJ pudieran acarrear graves dificultades financieras. Los pacientes o sus garantes pueden calificar para atención en situaciones catastróficas si han incurrido en gastos de bolsillo generados por los servicios médicos de GSTJ superiores al 25% del ingreso familiar y si tienen activos por debajo del equivalente al 600% del nivel federal de pobreza.

A los pacientes o garantes de pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad para la atención en situaciones catastróficas se les descontarán los cargos de GSTJ en un monto no superior al 45% del ingreso familiar.

Planes de pago: Esperamos recibir el pago completo de los saldos adeudados dentro de los 30 días de la factura inicial del paciente. Si a un paciente o garante de un paciente le fuera imposible pagar la totalidad del monto dentro del plazo mencionado, podrá extenderse un plan de pagos por un plazo de hasta tres años sobre todo saldo restante después de otorgar descuentos a los solicitantes elegibles para asistencia financiera. Se establecerá un plan de pago razonable entre GSTJ y el paciente. El plazo del plan de pago se basará en las deudas médicas pendientes del solicitante, así como en su ingreso familiar y toda circunstancia atenuante que corresponda. Si se aprueba, se otorgará el plan sin intereses.

Los pacientes tienen la responsabilidad de comunicarse con GSTJ siempre que no puedan cumplir un plan de pago previamente acordado. La falta de comunicación por parte del paciente puede resultar en la asignación de la cuenta a una agencia de cobranzas.

PRESUNTA ELEGIBILIDAD

GSTJ comprende que no todos los pacientes pueden llenar una solicitud de asistencia financiera o cumplir con las peticiones de documentación. Hay instancias en las que se determina la calificación de un paciente para asistencia financiera sin cumplir una solicitud formal. Es posible que GSTJ utilice alguna otra información para determinar si la cuenta de un paciente es incobrable y que use dicha información para determinar la presunta elegibilidad.

Puede reconocerse la presunta elegibilidad de pacientes con base en su calificación para otros programas u otras circunstancias de su vida, tales como:

- Pacientes o garantes que se hayan declarado en bancarrota. En los casos que involucren una bancarrota, solo se anulará el saldo de la cuenta a la fecha de la liberación de la bancarrota.
- Pacientes o garantes que han fallecido sin propiedad en proceso de legalización testamentaria.
- Pacientes o garantes comprobados como sin hogar.
- Las cuentas devueltas por la agencia de cobranzas como incobrables en razón de cualquiera de las razones indicadas anteriormente.
- Los pacientes o garantes que califiquen para programas estatales de Medicaid serán elegibles para obtener asistencia para cubrir toda obligación de costo compartido asociada con el programa o los servicios no cubiertos.

GSTJ comprende que posiblemente ciertos pacientes no respondan a un proceso de solicitud de asistencia de GSTJ. Bajo tales circunstancias, puede que GSTJ utilice otras fuentes de información a fin de evaluar la necesidad financiera de una persona. Tal información hará posible que GSTJ tome una decisión informada sobre la necesidad financiera de esos pacientes; para ello, y en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente, utilizará los mejores cálculos disponibles.

GSTJ puede recurrir a un tercero para examinar electrónicamente la información del paciente a fin de evaluar la necesidad financiera. Dicha evaluación aplica un modelo reconocido en la industria del cuidado de la salud que se basa en bases de datos de registros públicos. Este modelo predictivo incorpora datos de registros públicos para calcular un puntaje de capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones de ingresos, activos y solvencia.

La tecnología electrónica se ha diseñado para evaluar a cada paciente según los mismos estándares y se calibra conforme a las aprobaciones históricas de asistencia financiera de GSTJ bajo el proceso tradicional de solicitud de asistencia.

Cuando se utilice tecnología electrónica, esta se desplegará antes de asignar la deuda como incobrable y después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de elegibilidad y pago. Esto permite que GSTJ seleccione la asistencia financiera para todos los pacientes antes de procurar medidas extraordinarias de cobranza. Bajo la presente política, los datos obtenidos mediante esta revisión electrónica de elegibilidad constituirán una adecuada documentación de la necesidad financiera.

Cuando se utiliza la inscripción electrónica como base para la presunta elegibilidad, se otorgarán los máximos niveles de descuento para los servicios elegibles solamente con respecto a fechas pasadas. Si un paciente no califica bajo el proceso electrónico de inscripción, igualmente puede ser considerado bajo el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera. A los pacientes que no califiquen para la

asistencia financiera mediante dicho proceso, GSTJ les entregará una notificación escrita para informarles qué tipo de asistencia financiera hay disponible. La mencionada notificación incluirá un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera y las medidas a tomarse si no se presenta una solicitud o si no se paga el saldo pendiente.

Las cuentas de pacientes, a quienes se reconoce una presunta elegibilidad, se reclasificarán según la política de asistencia financiera. Dichas cuentas no se enviarán a cobranza, no quedarán sujetas a medidas adicionales de cobranza, no se incluirán en los gastos por deudas incobrables del hospital ni se enviará a sus titulares una notificación escrita sobre su calificación electrónica de elegibilidad.

SERVICIOS DE EMERGENCIA MÉDICA

Según el reglamento de la LEY FEDERAL DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y TRABAJO DE PARTO (EMTALA), no se examinará la capacidad de pago ni de obtener asistencia financiera de ningún paciente antes de prestarle servicios en situaciones de emergencia. Puede que GSTJ solicite al paciente realizar los pagos de costo compartido (es decir, copagos) al momento de la prestación del servicio, siempre y cuando dicho requerimiento no cause una demora en el examen médico ni en el tratamiento de estabilización necesario de la condición médica de emergencia. (Ver la política GL-3001).

MONTOS FACTURADOS A PACIENTES ELEGIBLES PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

El monto generalmente facturado es el pago esperado que realizarían los pacientes o el garante de un paciente elegible(s) para asistencia financiera. Para los pacientes sin seguro calificados, dicho monto no superará una tarifa determinada mediante el método de actualización.

El método de actualización se basará en los montos permitidos bajo la tarifa por servicio (Fee-for-Service) de Medicare junto con todos los reclamos pagados a GSTJ por seguros privados de salud. Los reclamos a incluir en el cálculo del monto generalmente facturado serán aquellos permitidos durante el año calendario anterior. Los montos de coseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador junto con el pago por servicio de Medicare y todos los reclamos que pagan los seguros privados de salud. Los cargos brutos correspondientes a tales reclamos se incluirán en el denominador. El monto generalmente facturado se calculará anualmente. Los porcentajes se aplicarán el día número 120 después de finalizar el año calendario utilizado por GSTJ para calcular los porcentajes del monto generalmente facturado.

Si tiene alguna pregunta sobre los porcentajes del monto generalmente facturado, le pedimos que llame a nuestro Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al 608-489-8198. La información sobre el monto generalmente facturado se entregará gratuitamente.

Mientras estén cubiertos por la política de asistencia financiera de GSTJ, no se dispondrá que los pacientes elegibles para asistencia financiera paguen los cargos brutos por servicios elegibles.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

La elegibilidad para la asistencia financiera se basará en la necesidad financiera a la fecha de la solicitud. Por lo general se requiere presentar documentación para respaldar una solicitud de asistencia financiera. Si no se proporciona la documentación adecuada, puede que GSTJ procure obtener información adicional.

Se requerirá presentar una evidencia confiable para respaldar la necesidad de asistencia financiera.

A fin de determinar la elegibilidad, se requerirá presentar la siguiente información sobre ingresos de los pacientes o sus garantes:

- Copia de la declaración del impuesto federal a los ingresos y todos los anexos correspondientes al año fiscal más reciente
- Comprobante actual de ingresos (copia de los talones de cheques salariales más recientes u otra documentación)
- Comprobante de otros ingresos, incluyendo subsidio por desempleo, indemnización por accidente de trabajo, pensión alimenticia, ingreso por fideicomiso y beneficios para veteranos
- Estados bancarios actuales

A fin de determinar la elegibilidad, se requerirá presentar la siguiente información sobre activos de los pacientes o sus garantes:

- Cuentas de cheques
- Cuentas de ahorro
- Cuentas del mercado monetario
- Certificados de depósito
- Anualidades
- Cuentas de inversión no previsionales
- Cuentas de jubilación, incluidas las pensiones
- Declaraciones de impuestos sobre bienes raíces
- Otros activos

Se pueden presentar las solicitudes de asistencia financiera hasta 240 días después de la fecha de la primera factura posterior al alta hospitalaria.

Si una solicitud está incompleta o si se ha pedido información adicional, la solicitud permanecerá activa por 30 días a partir de la fecha de envío por correo de la carta para pedir dicha información al solicitante. Si el solicitante no responde dentro del plazo de 30 días, se rechazará la solicitud.

Durante el periodo en que se esté examinando la solicitud de asistencia financiera debidamente llenada, se suspenderá todo procedimiento de cobranzas. La solicitud de asistencia financiera se documentará en el expediente del paciente o se escaneará y se registrará en la cuenta. Mientras se esté examinando y considerando la solicitud de asistencia financiera, continuará el proceso normal de facturación. Si el representante de GSTJ pertinente aprueba una solicitud de asistencia financiera completa y conforme, esta se registrará en el expediente del paciente y se deducirá el monto de descuento de la cuenta con el código correspondiente. Las solicitudes de asistencia financiera tienen que entregarse en la siguiente oficina:

Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics
ATTN: Patient Accounts
400 Water Ave., PO Box 527
Hillsboro, WI 54634
Tel. 608-489-8198 o 608-489-8000

Si se deniega la asistencia financiera, el paciente o su garante puede volver a solicitarla en cualquier ocasión en que haya cambiado su ingreso o estado.

DETERMINACIONES DE ELEGIBILIDAD, APELACIONES Y RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Hay que notificar por escrito a los pacientes de la decisión sobre su solicitud de asistencia financiera dentro de los treinta (30) días de haber presentado la solicitud completa. Si se determina que un solicitante es elegible para asistencia financiera, se le reembolsarán los pagos que superen el monto que se determine que debe el paciente o su garante, de las cuentas con asistencia asignada conforme a la política de asistencia financiera de GSTJ. Se aplicarán reembolsos a los pagos que excedan de \$5 o más. De conformidad con la presente política, generalmente no se otorga asistencia financiera para copagos o saldos correspondientes al paciente cuando este no cumple en la obtención de referencias o autorizaciones adecuadas, ni tampoco si dicha asistencia no es compatible con el contrato del seguro. Por lo tanto, no se reembolsará la recepción de tales pagos.

Los pacientes podrán apelar dicha decisión dentro de los 30 días de recibida la notificación si escriben a:

Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics
ATTN: Director of Revenue Cycle
400 Water Ave., PO Box 527
Hillsboro, WI 54634
Tel. 608-489-8198 o 608-489-8000

Las apelaciones deben presentarse dentro de los 30 días de la fecha de la decisión original. El Director de Ciclos de Ingresos revisará la apelación para una nueva consideración. Las decisiones del Director de Ciclos de Ingresos serán inapelables.

PERIODO DE CALIFICACIÓN

Si se determina que un solicitante es elegible para asistencia financiera, GSTJ le otorgará asistencia por un periodo de seis meses. No se denegará asistencia a ningún paciente porque no haya entregado información o documentación no requerida en la solicitud.

NOTIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

En las áreas de recepción y admisión del hospital y la clínica, así como en el departamento de emergencias del hospital, se exhibirá información sobre la política de asistencia financiera de GSTJ e instrucciones sobre cómo comunicarse con GSTJ para obtener asistencia e información adicional sobre las opciones de pago. Dicha información también puede solicitarse a los asesores financieros en todo el ámbito de la organización.

La política de asistencia financiera, el formulario de solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de dicha política estarán disponibles en el sitio web del sistema: <http://www.gundersenhealth.org/st-josephs/billing-information>. Esta información también está disponible gratuitamente si llama al 608-489-8198. Si necesita ayuda para llenar la solicitud de asistencia financiera, puede llamar al Departamento de Cuentas de Pacientes al 608-489-8198 para hablar con un representante de servicios financieros.

La información sobre la política de asistencia financiera de GSTJ se comunicará a los pacientes en un lenguaje adecuado para su cultura. La información sobre asistencia financiera y el anuncio que se publica en el hospital y las clínicas se traducirá en todos los idiomas que representen por lo menos a 1,000 o el 5% de los residentes que viven en el área de servicio.

Asimismo, GSTJ incluye referencias a las políticas de pago y la asistencia financiera en todas las facturas mensuales y las cartas de cobranza enviadas a sus pacientes. Previa solicitud del paciente, hay información sobre la política de asistencia financiera de GSTJ disponible en cualquier momento.

REQUISITOS NORMATIVOS

GSTJ cumplirá con todas las leyes, las normas, los reglamentos y los requisitos de reporte fiscal, a nivel federal, estatal y local que puedan aplicarse a las actividades realizadas según la presente política. A fin de generar informes exactos, esta política exige que GSTJ rastree la asistencia financiera brindada. La información sobre asistencia financiera brindada según la presente política se reportará anualmente mediante el Form. 990 Anexo H del IRS (Servicio de Rentas Internas).

MANTENIMIENTO DE REGISTROS

GSTJ documentará toda asistencia financiera a fin de mantener controles adecuados y cumplir todo requisito normativo interno y externo.

APROBACIÓN DE LA POLÍTICA

La política de asistencia financiera de GSTJ se ha presentado ante la junta directiva de GSTJ y ha sido aprobada por esta. La presente política queda sujeta a revisiones periódicas. Todo cambio significativo en la política debe ser aprobado por la junta directiva de GSTJ.

Anexo 2

Niveles de descuento (vigente desde marzo de 2017)

Descuento para personas sin seguro: Gundersen St. Joseph’s Hospital and Clinics (GSTJ) brindará un descuento del 37% para personas sin seguro al momento de aplicarse los cargos sin descuento. Dicho descuento se aplicará a las cuentas de pacientes sin cobertura para el pago por parte de un seguro médico o de terceros.

Asistencia financiera: Gundersen St. Joseph’s Hospital and Clinics aplicará el descuento de asistencia financiera al saldo de responsabilidad de pago directo del paciente al momento de la solicitud.

Descuento para servicios elegibles en Gundersen St. Joseph’s Hospital and Clinics: Solicitantes que cumplan el límite de activos y con ingresos del grupo familiar:

1. Inferior al 100% del nivel federal de pobreza (FPL) califican para obtener un descuento del 90%.
2. Superior al 101% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 150% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 80%.
3. Superior al 151% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 200% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 70%.
4. Superior al 201% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 250% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 50%.
5. Superior al 251% del nivel federal de pobreza pero inferior o equivalente al 300% del nivel federal de pobreza, califican para obtener un descuento del 45%.

Límites de ingresos y activos: Los siguientes montos se basan en las pautas de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos para el año 2017, que se publicaron en el *Federal Register* (periódico oficial del gobierno federal) el 1 de marzo de 2017.

Tamaño de la familia	Pauta de pobreza (100%)	150% de pauta de pobreza	200% de pauta de pobreza	250% de pauta de pobreza	300% de pauta de pobreza	Límites de activos
1	\$ 12,060	\$17,820	\$ 24,120	\$ 30,150	\$35,640	\$ 72,360
2	\$ 16,240	\$24,030	\$ 32,480	\$ 40,600	\$48,060	\$ 97,440
3	\$ 20,420	\$30,240	\$ 40,840	\$ 51,050	\$60,480	\$ 122,520
4	\$ 24,600	\$36,450	\$ 49,200	\$ 61,500	\$72,900	\$ 147,600
5	\$ 28,780	\$42,660	\$ 57,560	\$ 71,950	\$85,320	\$ 172,680
6	\$ 32,960	\$48,870	\$ 65,920	\$ 82,400	\$ 97,740	\$ 197,760
7	\$ 37,140	\$55,095	\$ 74,280	\$ 92,850	\$ 110,190	\$ 222,840
8	\$ 41,320.00	\$ 61,335	\$ 82,640	\$ 103,300	\$ 122,670	\$ 247,920

Anexo 3

Proveedores y departamentos cubiertos

Esta póliza cubre todos los servicios necesarios por razones médicas que se prestan en Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics. Algunos proveedores facturan por separado las visitas de sus pacientes a la clínica. El paciente tiene la responsabilidad de consultar al proveedor para determinar si esas visitas están cubiertas por la política de asistencia financiera de GSTJ o la política del proveedor. Si tiene alguna pregunta, le pedimos que llame a nuestro Departamento de Servicios Financieros para Pacientes al 608-489-8198.

Anexo 4

Porcentaje de montos generalmente facturados

El monto generalmente facturado es el pago previsto por servicios de emergencia o necesarios por razones médicas que realizarían los pacientes o garantes de pacientes, que sean elegibles para asistencia financiera debido a servicios de emergencia o necesarios por razones médicas, elegibles para asistencia financiera. Para los pacientes sin seguro calificados, dicho monto no superará una tarifa determinada mediante el método de actualización descrito en el apartado §1.50(r)-5(b) (3) del Código del Servicio de Rentas Internas. El método de actualización se basará en el pago por servicio (*Fee-for-Service*) de Medicare junto con todos los reclamos pagados por seguros privados de salud. Los reclamos a incluir en el cálculo del monto generalmente facturado serán aquellos permitidos durante el año calendario (12 meses) anterior. Los montos de coseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador con el pago por servicio de Medicare junto con todos los reclamos autorizados y pagados por seguros privados de salud. Los cargos brutos correspondientes a tales reclamos se incluirán en el denominador. El monto generalmente facturado se calculará con una frecuencia no menor a la anual desde el día número 45 a partir del cierre del año calendario anterior, y se implementará desde el día número 120 a partir del cierre del año calendario actual.

Fecha de vigencia	Porcentaje
1 de marzo de 2015	40%
1 de abril de 2016	37%
1 de marzo de 2017	36.7%

Anexo 5

Acceso público a la política

La información sobre la política de asistencia financiera de GSTJ, así como la política de facturación y cobranza a particulares de GSTJ, se pondrá a disposición de los pacientes y la comunidad a la que GSTJ presta servicios por medio de diversas fuentes.

1. Para solicitar copias de la política de asistencia financiera, la política de facturación y cobranza a particulares, la solicitud de asistencia financiera o el resumen en lenguaje sencillo, los pacientes y garantes pueden escribir a:

Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics
Customer Financial Service; Box 527
400 Water Ave
Hillsboro, WI 54634

2. Para solicitar telefónicamente copias de la política de asistencia financiera, la política de facturación y cobranza a particulares, la solicitud de asistencia financiera o el resumen en lenguaje sencillo, los pacientes y garantes pueden llamar al (608) 489-8198.
3. Para descargar copias de la política de asistencia financiera, la política de facturación y cobranza a particulares, la solicitud de asistencia financiera o el resumen en lenguaje sencillo, los pacientes y garantes pueden visitar el sitio web <http://www.gundersenhealth.org/st-josephs/billing-information>.
4. Para solicitar copias de la política de asistencia financiera, la política de facturación y cobranza a particulares, la solicitud de asistencia financiera o el resumen en lenguaje sencillo, los pacientes y garantes pueden hacerlo personalmente en las siguientes localidades:

Gundersen St. Joseph's Hospital and Clinics
400 Water Ave
Hillsboro, WI 54634
(608) 489-8198

Gundersen St. Joseph's Elroy Clinic
1705 Omaha Street
Elroy, WI 53929
(608) 489-8198

Gundersen St. Joseph's Wonewoc Clinic
301 Railroad Street
Wonewoc, WI 53968
(608) 489-8198