

FROEDTERT SOUTH, INC.

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
10 de febrero de 2026**POLÍTICA/PRINCIPIOS**

Es política de Froedtert South, Inc. y sus centros hospitalarios y ambulatorios relacionados, incluyendo, entre otros, Froedtert Pleasant Prairie Hospital, Froedtert Kenosha Clinic, Paddock Lake Clinic, Prairie Ridge Clinic, Pleasant Prairie Clinic y Somers Clinic (la "Organización"), garantizar una práctica socialmente justa al brindar atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en sus instalaciones. Esta Política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad para la Asistencia Financiera de los pacientes que la necesitan y reciben atención de la Organización.

1. Toda asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y reverencia por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia distributiva y la administración.
2. Esta Política se aplica a todos los servicios de Atención de Emergencia y otros servicios de Atención Médicamente Necesaria prestados por la Organización, incluyendo los servicios de médicos contratados. Esta Política no se aplica a los acuerdos de pago por atención que no sea de Emergencia ni de cualquier otra forma de Atención Médicamente Necesaria.
3. La Lista de Proveedores Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera se mantiene por separado de esta Política y proporciona una lista de los proveedores que prestan atención en las instalaciones de la Organización y que están cubiertos por dicha Política. Esta Lista de Proveedores Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera solo aplica a partir de su fecha de creación o última actualización.

DEFINICIONES

A los efectos de esta Política, se aplicarán las siguientes definiciones:

- **"501(r)"** significa la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y las reglamentaciones promulgadas conforme a ella.
- **"Monto generalmente facturado" o "AGB"** significa, con respecto a atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, el monto generalmente facturado a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención.
- **"Atención de Emergencia"** significa atención para tratar una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) tal que la ausencia de atención médica inmediata puede resultar en un deterioro grave de

la función corporal, disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo o poner en grave peligro la salud del individuo.

- **"Atención médicamente necesaria"** significa que la atención se determina como médicamente necesaria, No electivo, necesario para prevenir la muerte o efectos adversos a la salud del paciente, y se determina por mérito clínico por el médico que lo admitió u otro médico colegiado. Los servicios no considerados médicamente necesarios incluyen, entre otros, procedimientos cosméticos, cirugía bariátrica, medicina complementaria, salud ocupacional y servicios de venta minorista.
- **"Avalista"** se refiere a la persona responsable financieramente de la atención del Paciente. En la mayoría de los casos, el avalista y el Paciente son la misma persona.
- **"Organización"** significa Froedtert South, Inc., sus instalaciones hospitalarias y ambulatorias relacionadas, incluidas, entre otras, Froedtert Pleasant Prairie Hospital, Froedtert Kenosha Clinic, Paddock Lake Clinic, Pleasant Prairie Clinic, Prairie Ridge Clinic y Somers Clinic.
- **"Paciente"** significa aquellas personas que reciben atención de emergencia o atención médicamente necesaria en la Organización.

ASISTENCIA FINANCIERA PROPORCIONADA

1. Los pacientes con ingresos menores o iguales al 250% del Nivel Federal de Pobreza ("FPL"), serán elegibles para una cancelación del 100% de la atención de caridad en la parte de los cargos por servicios por los cuales el Paciente es responsable después del pago por parte de una aseguradora, si corresponde.
2. Los ingresos del paciente generalmente se determinan revisando su declaración de impuestos de años anteriores, comparándola con la fecha del servicio para obtener el saldo aplicable más reciente. Esto incluye las declaraciones de impuestos estatales y federales, y los formularios W-2, a menos que se indique lo contrario a continuación.
 - a. En caso de que el Paciente no haya presentado una declaración de impuestos sobre la renta debido a que no tiene ingresos, deberá obtener un informe de resumen de ingresos de la Administración del Seguro Social que documente la falta de ingresos.
 - b. Si el paciente no presenta ninguna declaración de impuestos sobre la renta pero cobra el Seguro Social, deberá proporcionar su Formulario SSA-1099, Declaración de beneficios del Seguro Social.
 - c. Si el paciente tiene más de 18 años de edad, no ha declarado ingresos y figura como dependiente en la declaración de impuestos federales sobre la renta de sus padres o tutores, se requiere una copia de la declaración de impuestos federales sobre la renta de sus padres o tutores para validar la falta de ingresos y se informará como si tuviera cero ingresos al procesar la solicitud.
 - d. Si el Paciente no tiene número de seguro social y no puede proporcionar el informe de resumen de ingresos de la Administración del Seguro Social, no se podrá procesar la solicitud.
3. Como mínimo, los pacientes con ingresos superiores al 250% del FPL, pero que no superen el 400%, recibirán un descuento progresivo en la parte de los cargos por servicios prestados que el paciente sea responsable, una vez pagados por la

aseguradora, si la hubiera. A un paciente elegible para el descuento progresivo no se le cobrará más que los cargos del AGB calculados. El descuento progresivo es el siguiente:

Family Size		1	2	3	4	5	6	7	8	Each additional person
2026 Guidelines		\$ 15,960	\$ 21,640	\$ 27,320	\$ 33,000	\$ 38,680	\$ 44,360	\$ 50,040	\$ 55,720	\$ 5,680
000% - 250% FPL (100% Discount)	UP TO	\$ 39,900	\$ 54,100	\$ 68,300	\$ 82,500	\$ 96,700	\$ 110,900	\$ 125,100	\$ 139,300	\$ 14,200
251% - 300% FPL (90% Discount)	UP TO	\$ 47,880	\$ 64,920	\$ 81,960	\$ 99,000	\$ 116,040	\$ 133,080	\$ 150,120	\$ 167,160	\$ 17,040
301% - 350% FPL (80% Discount)	UP TO	\$ 55,860	\$ 75,740	\$ 95,620	\$ 115,500	\$ 135,380	\$ 155,260	\$ 175,140	\$ 195,020	\$ 19,880
351% - 400% FPL (70% Discount)	UP TO	\$ 63,840	\$ 86,560	\$ 109,280	\$ 132,000	\$ 154,720	\$ 177,440	\$ 200,160	\$ 222,880	\$ 22,720

4. La elegibilidad para la Asistencia Financiera puede determinarse en cualquier momento del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de una puntuación presuntiva para determinar la elegibilidad, incluso en situaciones en las que un Paciente (o su Garante, en nombre del Paciente) no haya completado una Solicitud de Asistencia Financiera ("Solicitud FAP"). Más específicamente, la Organización puede recurrir a un tercero para evaluar la necesidad financiera de un Paciente mediante una revisión electrónica de la información de bases de datos de registros públicos. Este modelo predictivo incorpora datos de registros públicos para calcular una puntuación de capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones de ingresos, activos y liquidez. La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada Paciente con los mismos estándares y se compara con las aprobaciones históricas de Asistencia Financiera de la Organización según el proceso de solicitud tradicional. Las cuentas de pacientes a las que se les haya concedido la elegibilidad presuntiva se reclasificarán según la Política de Asistencia Financiera y no se enviarán a cobranza, no estarán sujetas a otras acciones de cobranza, no se les notificará su elegibilidad ni se incluirán en el gasto por deudas incobrables del hospital.
5. Se debe determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera para cualquier saldo del cual sea responsable el Paciente con necesidad financiera. Los saldos de cuentas con fecha de servicio dentro del año posterior a la fecha de presentación de la solicitud son elegibles para una reducción de la Asistencia Financiera. Los saldos de cuentas con más de un año de antigüedad desde la fecha de presentación de la solicitud, así como las cuentas en cobranza, no son aplicables a las reducciones de la Asistencia Financiera. Las reducciones de la Asistencia Financiera aprobadas son aplicables a cuentas futuras dentro del año posterior a la fecha de presentación de la solicitud.
6. Los pacientes que presenten solicitudes de asistencia financiera deben ser residentes de Wisconsin o Illinois durante al menos 60 días antes de la fecha del servicio para que el saldo de la cuenta sea aplicable para una reducción de asistencia financiera calificada.
7. Todas las solicitudes de asistencia financiera completas serán revisadas dentro de las 2 semanas posteriores a su presentación y las determinaciones de calificación se comunicarán a los pacientes mediante una llamada telefónica o una carta escrita, si se solicita.
8. El proceso para que los pacientes y sus familias apelen la decisión de una organización con respecto a la elegibilidad para recibir asistencia financiera es el siguiente:
 - a. Si se deniega la asistencia financiera, se puede presentar una apelación dentro de los catorce (14) días calendario siguientes a la recepción de la notificación de

la denegación. Envíe una carta a la Oficina del Vicepresidente de Finanzas, a la atención del Comité de Apelaciones de Asistencia Financiera, Froedtert Kenosha Clinic, 6308 Eighth Avenue, Kenosha, WI 53143, explicando los motivos por los que se debe reconsiderar la solicitud y proporcionando cualquier otra información complementaria.

- b. Todas las apelaciones serán consideradas por el Comité de Apelaciones de Asistencia Financiera de Froedtert South, Inc., y las decisiones del comité se enviarán por escrito al paciente o la familia que presentó la apelación dentro de las 2 semanas posteriores a la presentación.

LIMITACIONES EN LOS CARGOS PARA PACIENTES ELEGIBLES PARA ASISTENCIA FINANCIERA

A los pacientes elegibles para recibir Asistencia Financiera bajo esta Política no se les cobrará individualmente más por Atención de Emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria que el Monto Generalmente Facturado (AGB) a las personas que cuentan con cobertura de seguro para dicha atención. Además, los cargos por cualquier Atención de Emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria brindada a las personas elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta Política serán menores que los cargos brutos por dichos servicios. La Organización calcula uno o más porcentajes de AGB utilizando el "método de revisión retrospectiva", incluyendo el Pago por Servicio de Medicare y todas las aseguradoras privadas que pagan reclamaciones a la Organización, todo ello de acuerdo con la sección 501(r) y como se establece en el Anexo A.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA Y OTRA ASISTENCIA

Un paciente puede calificar para Asistencia Financiera mediante la calificación presuntiva de elegibilidad o presentando una Solicitud de Ayuda Financiera (FAP) completa. La Solicitud de FAP y sus instrucciones están disponibles:

1. [En línea](http://www.froedtertsouth.com) en www.froedtertsouth.com
2. Por correo: envíe su solicitud a los asesores financieros, Froedtert Kenosha Clinic, 6308 Eighth Avenue, Kenosha, WI 53143.
3. En persona: Visite los mostradores de registro en todas las ubicaciones de la organización, los cajeros o asesores financieros ubicados dentro de la oficina comercial en Froedtert Kenosha Clinic.
4. Por teléfono: llame al servicio de atención al cliente al 855-241-9952 o al 262-652-8259.

Froedtert South difunde ampliamente nuestra Política de Asistencia Financiera para notificar e informar a los pacientes sobre ella, especialmente a quienes la desconozcan. La información sobre la Política de Asistencia Financiera de Froedtert South también está disponible en cada una de nuestras clínicas, a través de la página web de Pacientes y Visitantes de Froedtert South, publicada en las paredes de nuestras instalaciones y en el reverso de los estados de cuenta de nuestros pacientes, donde se les informa que pueden solicitar Asistencia Financiera.

Si tiene preguntas o necesita ayuda con la solicitud, llame al Servicio de Atención al Cliente al 855-241-9952 o al 262-652-8259.

FACTURACIÓN Y COBROS

Las medidas que la Organización puede tomar en caso de impago se describen en una política de facturación y cobros independiente. Puede obtener una copia gratuita de esta política de facturación y cobros, así como un resumen en lenguaje sencillo de esta Política de Asistencia Financiera:

1. En línea en www.froedtertsouth.com
2. Por correo: envíe su solicitud a los asesores financieros, Froedtert Kenosha Clinic, 6308 Eighth Avenue, Kenosha, WI 53143.
3. En persona: Visite los mostradores de registro en todas las ubicaciones de la organización, los cajeros o asesores financieros ubicados dentro de la oficina comercial en Froedtert Kenosha Clinic.
4. Por teléfono: llame al servicio de atención al cliente al 855-241-9952 o al 262-652-8259.

INTERPRETACIÓN

Esta Política tiene por objeto cumplir con la sección 501(r), salvo indicación específica. Esta Política, junto con todos los procedimientos aplicables, se interpretará y aplicará de conformidad con la sección 501(r), salvo indicación específica.

ANEXO A
CÁLCULO DEL IMPORTE GENERALMENTE FACTURADO
10 de febrero de 2026

A los pacientes elegibles para Asistencia Financiera bajo esta Política no se les cobrará individualmente más por Atención de Emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria que el Monto Generalmente Facturado (AGB) a las personas con cobertura de seguro para dicha atención. Además, los cargos por cualquier Atención de Emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria brindada a las personas elegibles para Asistencia Financiera bajo esta Política serán menores que los cargos brutos por dichos servicios. La Organización calcula uno o más porcentajes de AGB utilizando el método retrospectivo, incluyendo el Pago por Servicio de Medicare y todas las aseguradoras privadas que pagan reclamaciones a la Organización, todo de acuerdo con la sección 501(r). Estos cálculos se realizan de la siguiente manera:

1. La Organización determina el AGB multiplicando los cargos brutos por la atención médica aplicable por el porcentaje de AGB, que se determina anualmente dividiendo (a) la suma de los montos de todos sus reclamos por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que se han permitido durante el período de AGB por el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas como pagadores primarios, junto con cualquier parte asociada de estos reclamos pagados por los beneficiarios de Medicare o personas aseguradas en forma de copagos, coaseguros o deducibles por (b) la suma de los cargos brutos asociados para esos reclamos.

El porcentaje de AGB es del 30.5%.

2. “Cargos brutos” significa el precio total establecido por la Organización para la atención médica que la Organización cobra de manera consistente y uniforme a los Pacientes antes de aplicar cualquier bonificación, descuento o deducción contractual.
3. El “Período AGB” significa cada período de 12 meses anterior que finaliza el 31 de diciembre.
4. La Organización comenzará a aplicar el Porcentaje de AGB determinado anualmente dentro de los 120 días siguientes al final del Período de AGB que se utilizó para calcular el Porcentaje de AGB.
5. Cualquier término en mayúsculas no definido en este documento tendrá el significado que se le asigna en la Política de Asistencia Financiera de la Organización.

Estas limitaciones a los cargos por servicios médicos no se aplicarán si una persona no ha presentado una Solicitud de Asistencia Financiera completa en el momento en que se facturan los cargos a dicha persona; siempre que se realicen ajustes si se cobran montos que exceden estas limitaciones y posteriormente se determina que la persona es elegible para recibir Asistencia Financiera.