

FROEDTERT SOUTH, INC
POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
21 de marzo de 2022

POLÍTICA / PRINCIPIOS

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

1. Toda la asistencia financiera reflejará nuestro compromiso y reverencia por la dignidad humana individual, el buen común, nuestro interés especial 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 toda la Atención de emergencia y otros servicios de Atención médicamente necesarios proporcionados por la Organización, incluidos los servicios médicos contratados. Esta Política no se aplica a los arreglos de pago para la atención que no sea Atención de emergencia o Atención Médicamente necesaria.
3. La Lista de proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera se mantiene por separado de esta Política de asistencia financiera y proporciona una lista de proveedores que brindan atención dentro de las instalaciones de la Organización que están cubiertas por la Política de asistencia financiera. La Lista de proveedores cubiertos por la Política de asistencia financiera se aplica solo a partir de la fecha en que se creó o se actualizó por última vez.

DEFINICIONES

Para los propósitos de esta Política, se aplican las siguientes definiciones:

- **"501 (r)"** significa la Sección 501 (r) del Código de Ingresos Internos y los reglamentos promulgados en virtud del mismo.
- **"Monto generalmente facturado" o "AGB"** significa, con respecto a la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria, la cantidad que generalmente se factura a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.
- **"Atención de emergencia"** significa la atención para tratar una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) de modo 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 la salud de la persona en grave peligro.

- **"Atención médicamente necesaria"** significa que se determina que la atención es médicamente necesaria, no electiva y es necesitado o necesaria para prevenir la muerte o los efectos adversos para la salud del paciente y es una determinación del mérito clínico por parte del médico que lo admite u otro médico autorizado. Los servicios que no se consideran médicamente necesarios incluyen, entre otros, procedimientos cosméticos, cirugía bariátrica, medicina complementaria, salud ocupacional y servicios minoristas.
- **"Garante"** significa la persona que es financieramente responsable del cuidado del paciente. En la mayoría de los casos, el garante y el paciente son la misma persona.
- **"Organización"** significa Froedtert South, Inc. y todos sus hospitales relacionados y otras instalaciones para pacientes ambulatorios que incluyen, entre otros, Froedtert Kenosha Hospital, Froedtert Pleasant Prairie Hospital, Paddock Lake Clinic, Pleasant Prairie Clinic, Prairie Ridge Clinic y Somers Clinic .
- **"Paciente"** se refiere a 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 el 100% de la atención de caridad cancelada en la parte de los cargos por los servicios por los cuales el Paciente es responsable luego del pago por una aseguradora, si la hubiera.
2. Como mínimo, los pacientes con ingresos superiores al 250% del FPL pero que no superen el 400% del FPL, recibirán un descuento de escala móvil en la parte de los cargos por los servicios prestados por los que el paciente es responsable después del pago por parte de una aseguradora. , Si alguna. A un paciente elegible para el descuento de la escala móvil no se le cobrará más que los cargos AGB calculados. La escala móvil es la siguiente:

Family Size		1	2	3	4	5	6	7	8	Each additional person
2021 Guidelines		\$ 13,590	\$ 18,310	\$ 23,030	\$ 27,750	\$ 32,470	\$ 37,190	\$ 41,910	\$ 46,630	\$ 4,720
000% - 250% FPL (100% Discount)	UP TO	\$ 33,975	\$ 45,775	\$ 57,575	\$ 69,375	\$ 81,175	\$ 92,975	\$ 104,775	\$ 116,575	\$ 11,800
251% - 300% FPL (90% Discount)	UP TO	\$ 40,770	\$ 54,930	\$ 69,090	\$ 83,250	\$ 97,410	\$ 111,570	\$ 125,730	\$ 139,890	\$ 14,160
301% - 350% FPL (80% Discount)	UP TO	\$ 47,565	\$ 64,085	\$ 80,605	\$ 97,125	\$ 113,645	\$ 130,165	\$ 146,685	\$ 163,205	\$ 16,520
351% - 400% FPL (70% Discount)	UP TO	\$ 54,360	\$ 73,240	\$ 92,120	\$ 111,000	\$ 129,880	\$ 148,760	\$ 167,640	\$ 186,520	\$ 18,880

3. La elegibilidad para la asistencia financiera puede determinarse en cualquier punto del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de una puntuación presunta para determinar la elegibilidad, incluso en situaciones en las que un paciente (o garante, en nombre del paciente) no haya completado una aplicación de asistencia financiera. Aplicación ("Aplicación FAP"). Más específicamente, la Organización puede utilizar a un tercero para evaluar la necesidad financiera de un Paciente mediante la realización de una revisión electrónica de la información de las 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 está calibrada con las aprobaciones históricas para la Asistencia Financiera de la Organización según el proceso de solicitud tradicional. Las cuentas de pacientes a las que se les otorgue elegibilidad presunta se reclasificarán según la Política de asistencia financiera y no se enviarán a cobranza, no estarán sujetas a más acciones de cobranza, no se les notificará su calificación y no se incluirán en el gasto por insolvencia del hospital.

4. Se debe determinar la elegibilidad para la asistencia financiera para cualquier saldo por el cual el Paciente con necesidad financiera sea responsable.
5. 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 niega la asistencia financiera, se puede presentar una apelación dentro de los catorce (14) días calendario posteriores de recibir la notificación de la denegación. Envíe una carta a la Oficina del Vicepresidente de Finanzas, a la atención de: Comité de Apelaciones de Asistencia Financiera, Froedtert Kenosha Hospital, 6308 Eighth Avenue, Kenosha, WI 53143, explicando por qué se debe reconsiderar la solicitud y proporcionando cualquier información adicional de respaldo.
 - 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 AYUDA FINANCIERA

A los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta Póliza 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 tengan cobertura de seguro para dicha atención. Además, los cargos por cualquier Atención de emergencia u otra Atención médicamente necesaria que se brinde a las personas que son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta Póliza serán menores que los cargos brutos por dichos servicios. La Organización calcula uno o más porcentajes de AGB utilizando el "método retrospectivo" e incluye la tarifa por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones a la Organización, todo de acuerdo con 501 (r) y establecido en el Anexo A.

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA Y OTRA AYUDA

Un paciente puede calificar para asistencia financiera a través de la presunta elegibilidad de puntuación o al solicitar asistencia financiera al presentar una solicitud FAP completa. La solicitud de FAP y las instrucciones de solicitud de FAP están disponibles:

1. En línea en www.froedtersouth.com
2. Por correo: envíe la solicitud a los asesores financieros, Froedtert Kenosha Hospital, 6308 Eighth Avenue, Kenosha, WI 53143.
3. En persona: Visite los mostradores de registro en todas las ubicaciones de la Organización, cajeros o asesores financieros ubicados dentro de la Oficina de Negocio del Hospital Froedtert Kenosha.
4. Por teléfono: Llame a Servicio al cliente al 855-241-9952 o al 262-652-8259.

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

FACTURACIÓN Y COBROS

Las acciones que la Organización puede tomar en caso de impago se describen en una política de facturación y cobranza separada. Puede obtener una copia gratuita de esta política de facturación y cobros:

1. En línea en www.froedtersouth.com
2. Por correo: envíe la solicitud a los asesores financieros, Froedtert Kenosha Hospital, 6308 Eighth Avenue, Kenosha, WI 53143.
3. En persona: Visite los mostradores de registro en todas las ubicaciones de la Organización, cajeros o asesores financieros ubicados dentro de la Oficina de Negocio del Hospital Froedtert Kenosha.
4. Por teléfono: Llame a Servicio al cliente al 855-241-9952 o al 262-652-8259.

INTERPRETACIÓN

Esta Política está destinada a cumplir con 501 (r), excepto donde se indique específicamente. Esta Política, junto con todos los procedimientos aplicables, se interpretará y aplicará de acuerdo con 501 (r) excepto donde se indique específicamente.

EXPOSICIÓN A
CANTIDAD FACTURADA GENERALMENTE CÁLCULO
1 de enero de 2022

A los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta Póliza no se les cobrará individualmente más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que la cantidad generalmente facturada a las personas que tienen cobertura de seguro para dicha atención (“AGB”). Además, los cargos por cualquier atención de emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria que se brinde a las personas que son elegibles para la Asistencia Financiera en virtud de esta Póliza serán menores que los cargos brutos por dichos servicios. La Organización calcula uno o más porcentajes de AGB utilizando el “método retrospectivo” e incluye el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones a la Organización, todo de acuerdo con 501 (r). Estos cálculos se realizan de la siguiente manera:

1. La Organización determina los 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 todas sus reclamaciones por atención de emergencia y otra Atención Médicamente Necesaria que se hayan recibido permitido durante el Período AGB por el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas como pagadores primarios, junto con cualquier parte asociada de estas reclamaciones pagadas por los beneficiarios de Medicare o las personas aseguradas en forma de copagos, coseguros o deducibles por (b) la suma de los cargos brutos asociados a esas reclamaciones.

El porcentaje de AGB es del 33.4%.

2. “Cargos brutos” significa el precio total establecido por la Organización para la atención médica que la Organización cobra a los Pacientes de manera constante y uniforme antes de aplicar cualquier subsidio, descuento o deducción contractual.
3. El “Período AGB” significa cada período anterior de 12 meses 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 mayúscula no definido en este documento tendrá el significado asignado a dicho término en la Política de Asistencia Financiera de la Organización.

Estas limitaciones sobre 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, sin embargo, se hagan ajustes si se cobran montos que exceden estas limitaciones y posteriormente se determina que la persona es elegible para recibir asistencia financiera.