

Ayuda financiera

Categoría: finanzas

Número de política: FH-FIN.0017

Fecha de origen: 9-21-06

Propósito

Froedtert Health, Inc. tiene el compromiso de prestar atención médica de calidad a la comunidad, independientemente de la situación económica, raza, color, sexo, creencia u origen nacional del receptor. Las personas que no tienen recursos suficientes para cumplir sus obligaciones financieras pueden recibir un descuento de ayuda financiera para aliviar una parte o la totalidad de su obligación de pagar los servicios prestados en Froedtert Hospital, Community Memorial Hospital y St. Joseph's Community Hospital. Esta política no cubre los servicios que presta en uno o más de los hospitales cualquiera de los proveedores identificados en el **Anexo A**. Se dará ayuda financiera a los pacientes que califiquen para recibirla, de acuerdo con esta política, después de que se hayan agotado todos los programas aplicables de ayuda financiera. La elegibilidad para recibir asistencia financiera se determinará de forma coherente, efectiva e imparcial para todos los solicitantes de acuerdo con las pautas establecidas por la American Hospital Association y Wisconsin Hospital Association for Financial Assistance y de conformidad con las leyes y regulaciones federales y estatales. Aunque se prevé y se espera que las personas busquen atención en sus respectivas redes de seguros siempre que sea posible, la atención de emergencia u otra atención de urgencia médica no se denegará ni demorará por la capacidad de pago de una persona, y las entidades relacionadas con Froedtert Health no tomarán medidas que disuadan a las personas a buscar atención médica de emergencia.

Definiciones

- A. **Período de solicitud.** El "período de solicitud" es el plazo durante el cual una persona debe presentar una solicitud de asistencia financiera si desea recibir dicha ayuda. Este período comienza en la fecha en la que se da la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria y finaliza el día 240 después de la emisión de la primera factura, después de recibir el alta por esa atención, salvo que se especifique otra cosa según esta política.
- B. **Activos.** El dinero en efectivo y las inversiones líquidas representan los activos, propiedad de una persona o legalmente disponibles. Los activos deben declararse al hospital y documentarse con resúmenes de cuentas bancarias o extractos trimestrales de fondos de inversión, acciones, bonos y cuentas fiduciarias que no sean parte de una cuenta de plan 401(k) o 403(b).
- C. **Ingreso.**
- 1) El ingreso se determinará a través del Ingreso Bruto Ajustado con Modificaciones (Modified Adjusted Gross Income, MAGI). El Ingreso Bruto Ajustado Modificado incluye el ingreso adquirido y el ingreso pasivo recibido. El ingreso adquirido generalmente representa el salario y la remuneración, mientras el pasivo por actividades incluye intereses, dividendos, ingresos por rentas y otros ingresos por inversiones. Dentro de los ingresos se incluyen los cobros totales anuales en efectivo antes de impuestos de todos los orígenes. Dentro de los ingresos se incluye: remuneraciones brutas, salarios, dividendos, intereses, beneficios de seguro social, indemnización por accidente laboral, pensión alimenticia, beneficios para veteranos de guerra, estipendio de capacitación, asignaciones militares, asistencia regular de parte de integrantes de la familia que no viven en el hogar, pensiones gubernamentales, pensiones privadas, pagos de seguro y de anualidades, ingresos por rentas, regalías, inmuebles y fideicomisos, entre otros. Todos los tipos de ingreso deben declararse como parte de la solicitud de asistencia financiera. Se realizarán deducciones de los ingresos por interés de préstamo estudiantil, gastos del educador, deducciones de la IRA, gastos por mudanzas, multas por retiro anticipado de ahorros, deducciones de cuenta de ahorros médicos, pensión alimenticia paga, actividades de producción nacional y ciertos gastos comerciales de reservistas, personas involucradas y funcionarios gubernamentales que cobran un tarifa. Se excluirán los siguientes elementos del cálculo del ingreso: becas, reconocimientos, subvenciones educativas (no gastos cotidianos), ingresos de indio americano o nativo de Alaska obtenido de distribución, pagos, participación accionaria, derechos de uso de bienes inmueble y asistencia financiera estudiantil. Los ingresos deben documentarse con una herramienta de verificación de ingresos que se obtiene a través de un proveedor autorizado o con comprobantes de los últimos dos sueldos, la carta de concesión del seguro social más reciente, los impuestos del mes anterior, los estados bancarios que muestren cualquier ingreso por depósito directo, concesión de pensión alimenticia y declaración de ingresos por pensión. Las deducciones de los ingresos pueden documentarse con recibos, estados bancarios e impuestos del año anterior y otra información relevante.
 - 2) Los siguientes se utilizarán para documentar y respaldar las fuentes de ingreso:
 - i. Remuneraciones y salarios, de acuerdo con lo informado en su formulario W-2

- ii. Propinas
 - iii. Ingreso neto de cualquier empleo autónomo o empresa (generalmente la cantidad de dinero que recibe de su empresa menos los gastos comerciales) como se debe documentar en la Cláusula C del Formulario Federal 1040 o 1040^a
 - iv. Indemnización por desempleo
 - v. Pagos por seguro social, que incluye pagos por discapacidad pero no Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)
 - vi. Pensión alimentaria
 - vii. Ingreso por retiro o pensión, que incluye la mayoría de los retiros de las cuentas IRA o 401(k)
 - viii. Ingreso por inversión, como dividendos o intereses
 - ix. Ingreso por alquiler
 - x. Otros ingresos tributarios como premios, reconocimientos y ganancias de juegos.
- 3) Los siguientes elementos no se incluirán como fuentes de ingreso para fines de esta política de asistencia financiera:
- i. Manutención de menores
 - ii. Obsequios
 - iii. Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
 - iv. Pagos por discapacidad a veteranos
 - v. Indemnización por accidente laboral
 - vi. Ingresos de préstamos (como préstamos estudiantiles, préstamos hipotecarios hasta el total protegido establecido arriba o préstamos bancarios)
- 4) Es posible que los pacientes que reciben asistencia de amigos o integrantes de la familia deban presentar un certificado de ingresos para verificar las contribuciones mensuales o una carta firmada/certificada que indique el importe de contribución mensual.

D. Otra atención médicamente necesaria.

- 1) "Otra atención médicamente necesaria" se refiere a servicios médicos que no sean atención médica de emergencia, excepto en las situaciones que se establecieron anteriormente.
- 2) Los siguientes servicios no se consideran atención de emergencia ni otra atención médicamente necesaria y, por lo tanto, no están cubiertos ni por esta Política ni por el programa de asistencia financiera:
 - i. Cirugía bariátrica
 - ii. Cirugía cosmética
 - iii. Servicios o elementos en investigación
 - iv. Servicios de bienestar corporativo
 - v. Servicios de masoterapia
 - vi. Servicios de un entrenador personal
 - vii. Medicina reproductiva
 - viii. Servicios de trasplante
 - ix. Evaluaciones de conducción
 - x. Programas de pruebas toxicológicas de pago particular
 - xi. Servicios de terapia del habla de pago particular
 - xii. Servicios de medicina alternativa
 - xiii. Artículos de venta al público
 - xiv. Otros servicios que no son médicamente necesarios (atención médica principalmente para la conveniencia del paciente)

E. **Paciente.** Una persona que recibe atención de emergencia o médicamente necesaria. Para los fines de esta Política, las referencias al término "paciente" deben incluir, cuando corresponda, a la persona actuando como garante de pago de la factura del paciente para atención médica.

F. **Activos protegidos.** Los activos del grupo familiar, incluyendo, entre otros, dinero en efectivo y equivalentes en mano, saldos de cuentas corrientes y cajas de ahorro, certificados de depósitos, fondos de inversión, acciones, y bonos que no sean parte de una cuenta de un plan 401(k) o 403(b) y que alcancen un total, de forma conjunta, de menos de \$5,000, estarán protegidos y no se considerarán activos disponibles para determinar si una persona califica para recibir asistencia financiera. Si un solicitante tiene más de \$5,000 en activos del grupo familiar, la cantidad que supere los \$5,000 no se considerará un activo protegido y deberá utilizarse para el pago de las facturas pendientes por atención de emergencia o médicamente necesaria.

Política

- A. **Asistencia financiera.** La política de Froedtert Health implica dar asistencia financiera a aquellas personas que califiquen para recibir ayuda financiera en virtud de esta política y:
- 1) hayan recibido o estén por recibir atención médica de emergencia o atención médicamente necesaria en un hospital de Froedtert Health;
 - 2) hayan cooperado con el hospital correspondiente para buscar y solicitar otros programas de asistencia financiera potencialmente disponibles;
 - 3) hayan agotado cualquier programa de seguro o asistencia financiera disponible como Medicaid, BadgerCare o programas de asistencia de copago; y
 - 4) no cuenten con los recursos económicos para pagar la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria prestada en un hospital de Froedtert Health.
 - 5) Los pacientes que tengan seguro u otras fuentes de pago de terceros para su atención médica, aun pueden calificar para recibir asistencia financiera en el marco de esta política para la parte de la factura del hospital que puede representar una obligación de pago solo para estos pacientes. Por ejemplo: los deducibles y los copagos.
- B. **Comunicación de la política a los pacientes.**
1. Froedtert Health notificará a los pacientes su Política de asistencia financiera. Froedtert Health proporcionará a los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente información para que cada paciente comprenda las obligaciones financieras en las que incurre al recibir atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Esta política se difundirá ampliamente como se detalla a continuación:
 - i. Esta política, la solicitud de asistencia financiera y un resumen de esta política con lenguaje claro se encuentran disponibles en los sitios web de cada hospital;
 - ii. Copias impresas de esta política, la solicitud de asistencia financiera y un resumen de esta política con lenguaje claro estarán a disposición a pedido y sin cargo, por correo, y ubicados en áreas públicas de los hospitales, que incluye salas de emergencia y áreas de admisión de pacientes;
 - iii. Se ofrecerá una copia impresa del resumen de esta política con lenguaje claro como parte del proceso de ingreso o alta de personas que reciben atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria en un hospital;
 - iv. Se proporcionará un aviso escrito visible sobre los resúmenes de cuenta que incluye información sobre la disponibilidad de asistencia financiera y el número de teléfono de la oficina o el departamento donde se puede obtener información sobre esta política y el proceso de solicitud, además de la identificación del sitio web directo que incluye esta política, la solicitud de asistencia financiera y un resumen de esta política con un lenguaje claro.
 - v. La difusión pública visible se exhibirá en sitios públicos en cada uno de los hospitales que notifican a los pacientes esta política; y
 - vi. Se notificará e informará a los miembros de las comunidades que reciben servicios de los hospitales de esta política para llegar a los miembros que tengan más probabilidad de necesitar asistencia financiera.
 2. Esta Política, la solicitud de asistencia financiera y el resumen de esta Política en lenguaje claro se traducirán a los idiomas principales hablados en las poblaciones relevantes que tengan dominio limitado del idioma inglés y que se atiendan en los hospitales de Froedtert Health, para servir a estas poblaciones.
- C. **Solicitud, recopilación de información y elegibilidad.**
1. Para ser elegible para recibir asistencia financiera, los pacientes deben:
 - i. completar una solicitud de asistencia financiera y presentar la documentación de respaldo solicitada;
 - ii. contar con activos disponibles por debajo del límite de activos identificados en esta política y los anexos adjuntos;
 - iii. tener un Ingreso doméstico Bruto Ajustado Modificado inferior al 400 % del Índice Federal de Pobreza establecido de forma anual por el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de Estados Unidos;
 - iv. cumplir con cualquier otro programa gubernamental y de asistencia financiera; y
 - v. completar y presentar una solicitud dentro del período de solicitud.
 - vi. Los pacientes también pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera si recibieron autorización para obtenerla en uno de los Centros de Salud Calificados Federalmente (Federally Qualified Health Centers, FQHC) asociados a Froedtert Health, y se los remite directamente para que reciban servicios de especialidad en virtud del Programa de Acceso a Especialidades para Personas sin Seguro (Specialty Access for the Uninsured Program, SAUP), o son pacientes en la clínica gratis Albrecht o en la clínica Community Outreach. Se aceptará un comprobante de autorización en virtud del SAUP por parte de los FQHC o el cupón o formulario de remisión de la clínica Albrecht o Community Outreach en lugar de una solicitud de asistencia financiera y su documentación de respaldo.

2. Froedtert Health debe recopilar la información requerida de los solicitantes para determinar la elegibilidad de una persona para recibir asistencia financiera en virtud de esta política u otros programas. El personal de Froedtert Health estará disponible para ayudar a los solicitantes a completar la solicitud de ayuda financiera (**Anexo B**), incluyendo la obtención de la documentación de respaldo adecuada. El personal de Froedtert Health también adoptará medidas para atender cualquier necesidad especial del solicitante, como una discapacidad visual o auditiva o interpretación de lenguas.
 3. El personal de Froedtert Health intentará determinar si los pacientes califican para el programa de asistencia financiera antes de que se brinden los servicios (en función de una estimación de los cargos y la información financiera proporcionada por la persona). Sin embargo, la determinación de elegibilidad para recibir ayuda financiera puede ocurrir antes, durante o después del tratamiento. Independientemente de la fecha en la que se hace la determinación de elegibilidad, los ingresos de un paciente, los activos y la situación financiera general a la fecha del servicio, de acuerdo con lo que refleja la información presentada en la solicitud de ayuda financiera, se usarán para determinar la elegibilidad.
 4. De acuerdo con las determinaciones hechas arriba, se aplicará un descuento aplicable de escala variable como se establece en el **Anexo C**, de conformidad con las Directrices Federales de Pobreza. El descuento se aplicará en los cargos por servicios de emergencia u otra atención médicamente necesaria, además de cualquier insumo farmacéutico o médico administrado durante el curso del tratamiento en el hospital y facturado en la cuenta del hospital. Sin embargo, el descuento no se aplicará sobre ninguna compra farmacéutica en una farmacia de hospital.
- D. **Período de elegibilidad inicial.** El período de elegibilidad inicial para asistencia financiera normalmente dura seis meses desde la fecha de solicitud para el diagnóstico original de admisión. Cada paciente deberá volver a presentar la solicitud al final de cada período de elegibilidad de seis meses para continuar en el programa de asistencia financiera. Se requiere una solicitud actualizada y completa para volver a presentar la solicitud.
- E. **EMTALA.** Ningún elemento de esta política debe interpretarse como reductor o limitador de las obligaciones del hospital Froedtert Health bajo la ley aplicable para brindar atención de emergencia de conformidad con las disposiciones de la Ley de Tratamiento de Emergencia Médica y Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA).
- F. **Falta de cooperación.**
1. La solicitud de asistencia financiera de un paciente puede denegarse y todos los saldos de la cuenta del paciente quedarán a cargo de este si ocurre una de las siguientes situaciones:
 - i. El paciente no envía la solicitud completa y la documentación requerida;
 - ii. El paciente no presenta la documentación de respaldo solicitada;
 - iii. El paciente no respeta las solicitudes para programas federales, estatales u otros programas de asistencia;
 - iv. El paciente no coopera para solicitar programas de asistencia financiera externos para los que puede calificar; o
 - v. Se falsifica la información en la solicitud para asistencia financiera.
 2. Los pacientes esperan un acuerdo sobre la obligación por parte de un tercero. Si el paciente no recibe el pago de un tercero al momento del acuerdo, o dentro de un período de tiempo razonable, se reconsiderará la solicitud.
 3. Los pacientes tendrán derecho a apelar los rechazos en un plazo 30 días después de la fecha de dicho rechazo comunicándose con los servicios financieros para el paciente.
- G. **Residencia.**
1. La ayuda financiera está disponible para pacientes que viven en el área de servicio de Froedtert Health como se define en los códigos postales del **Anexo D**.
 2. Los pacientes que no viven en los códigos postales autorizados no calificarán para recibir asistencia financiera si eligen recibir los servicios, que incluye los servicios médicamente necesarios, cuando existen otros proveedores locales.
 3. Puede haber excepciones para pacientes que viven fuera de los códigos de correo autorizados cuando el paciente recibe atención que solo el hospital puede ofrecer, que incluye remisiones de atención especializada, traslados al hospital y atención médica de emergencia recibida en las visitas a los departamentos de emergencia.
- H. **Otros proveedores.** El **Anexo A** contiene una lista completa de todos los proveedores que dan atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en un hospital de Froedtert Health. Las tarifas profesionales relacionadas con los servicios prestados por los proveedores que figuran en el **Anexo A** no son facturadas por los hospitales de Froedtert Health y, por lo tanto, no están en el alcance de la presente política. Los pacientes que soliciten descuentos de ayuda financiera en las facturas relacionadas con los servicios prestados por estos proveedores tendrán que comunicarse con estos proveedores directamente. El **Anexo A** se actualizará al menos trimestralmente.

- I. **Circunstancias atenuantes.** Froedtert Health se reserva el derecho de revisar cada solicitud de asistencia financiera por sus propios méritos y de considerar otras circunstancias atenuantes en la decisión de aprobar la solicitud de un paciente para recibir asistencia financiera.
- J. **Limitación de cargos.** Los cargos por atención de emergencia o médicamente necesaria proporcionada a personas que son elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta política no excederán las cantidades que se facturan generalmente a individuos que tienen cobertura de seguro para esa atención (“AGB”). Además, los cargos por cualquier otra atención médica prestada a personas que son elegibles para recibir asistencia financiera en el marco de esta política se cobrarán en un nivel inferior del cargo bruto para esos servicios. Estas limitaciones sobre cargos por servicios médicos no se aplicarán si una persona no presentó una solicitud de asistencia financiera completa al momento de la facturación de esos cargos a esa persona, sin embargo, siempre que esos ajustes se realicen si las cantidades se cobran por encima de estas limitaciones y la persona luego se determina elegible para recibir asistencia financiera.
- 1) Froedtert Health determina la AGB de cada hospital multiplicando los cargos brutos para la atención médica aplicable por el porcentaje de AGB específico del hospital establecido en el **Anexo E** para ese hospital. El porcentaje de AGB de cada hospital se determina de forma anual dividiendo (1) la suma de las cantidades para todos los reclamos de emergencia y otra atención médicamente necesaria autorizados durante el período de AGB por parte del pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas como pagadores principales, junto con cualquier parte asociada de estos reclamos pagados por los beneficiarios de Medicare o personas sin seguro en forma de copagos, coseguro o deducibles por (2) la suma de los cargos brutos asociados a esos reclamos.
 - 2) Para el beneficio del paciente elegible para recibir asistencia financiera, Froedtert Health aplicará el porcentaje de AGB más bajo de los hospitales.
 - 3) Los cargos brutos se refieren al precio total establecido por el hospital para atención médica que el hospital cobra de forma coherente y uniforme antes de aplicarse cualquier permiso contractual, descuento o deducciones.
 - 4) El “Período de AGB” se refiere a cada período de 12 meses anterior que finaliza el 31 de diciembre.
 - 5) Froedtert Health comenzará a aplicar el porcentaje de AGB anualmente determinado a los 120 días después del final del período AGB que se usó para calcular el porcentaje de AGB.

El cálculo del porcentaje de AGB para cada hospital debe cumplir el “método retrospectivo” descrito en la norma 1-501(r)-5(b)(3) del Reglamento del Tesoro, en el título 26 del Código de Regulaciones Federales (Code of Federal Regulations, CFR).

Procedimiento

- A. **General.** Los pacientes pueden calificar para obtener asistencia financiera demostrando que cumplen los criterios de elegibilidad financiera establecidos por Froedtert Health. Los elementos considerados para determinar la elegibilidad se piden en la solicitud de asistencia financiera y debe proporcionarlos el paciente. Esto incluye ingreso bruto del grupo familiar anual, activos propiedad del paciente y familiares inmediatos que viven en el hogar y gastos básicos o responsabilidades, además de otra información identificada en la solicitud y las instrucciones relacionadas. Se enviará un informe crediticio a cada solicitante. El informe crediticio se convertirá en una parte formal del archivo de solicitud de asistencia financiera del paciente y se someterá a consideración cuando se haga la evaluación financiera del paciente. Servicios Financieros para Pacientes tiene la autoridad final para determinar si una persona es elegible para recibir ayuda financiera.
- B. **Determinación de activos.** Los activos disponibles del paciente (como se define en la sección Definiciones arriba) se compararán con el saldo total pendiente o con la estimación de cargos al momento de presentar una solicitud completa de acuerdo con las instrucciones. Los activos disponibles del paciente no incluirán ciertos “activos protegidos”. La asistencia financiera se denegará a los pacientes que tengan un saldo total pendiente o estimación de cargos por atención de emergencia o médicamente necesaria que sea menor que el importe de los activos disponibles. Los pacientes con activos disponibles deberán “gastar” los activos usando los activos disponibles para el pago de la factura del hospital para recibir un descuento por asistencia financiera.
- C. **Determinación del ingreso bruto.** El ingreso del paciente se calculará usando el cálculo del Ingreso Bruto Ajustado Modificado. El ingreso calculado se comparará con las pautas del Índice Federal de Pobreza establecido de forma anual por el Departamento de Servicios de Salud y Humanos de Estados Unidos. A los pacientes comprendidos en las directrices financieras establecidas en el **Anexo C** se les asignará el nivel adecuado de descuento por ayuda financiera. Los pacientes que cuenten con un ingreso del grupo familiar bruto igual a o menor que el 400 % de las directrices de pobreza del año actual (**Anexo C**) podrán calificar para recibir descuentos por ayuda financiera en base a un índice de descuento de escala variable y aplicado a la atención de emergencia o médicamente necesaria en cuestión.

- D. **Determinación del importe máximo de gastos de desembolso directo.** El costo de desembolso directo para un solicitante elegible después de que se aplica el descuento por asistencia financiera se establecerá en un 15 % del ingreso bruto anual del solicitante (determinado usando el cálculo del Ingreso Bruto Ajustado con Modificaciones) por cuenta. Por lo tanto, un paciente que tiene un ingreso bruto anual igual a o menor que el 400 % de las pautas de pobreza del año actual no pagará más del 15 % de su ingreso anual en una sola cuenta durante el cronograma de elegibilidad de asistencia financiera aprobado.
- E. **Niveles de autorización.** Froedtert Health obtendrá las firmas adecuadas que autoricen la provisión de **ayuda** financiera y la cancelación de los saldos pendientes (**Anexo C**).
- F. **Información adicional.** La información sobre esta política y la ayuda para el proceso de solicitud de asistencia financiera puede obtenerse en: Froedtert Health, Inc., Patient Financial Services, 400 Woodland Prime, N74W12592 Leatherwood Court, Menomonee Falls, WI 53051; y a través de los datos de contacto mencionados en el resumen de esta política con lenguaje claro.
- G. **Política de facturación y cobranza.** Las acciones a tomar en contra de una persona en caso de falta de pago de una factura por atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria se abordan en la política de facturación y cobranza número FH-FIN.015. Se puede obtener una copia de esa política, sin cargo, enviando una solicitud por escrito a: Froedtert Health, Inc., Patient Financial Services, 400 Woodland Prime, N74W12592 Leatherwood Court, Menomonee Falls, WI 53051.

Información de las referencias

FCH-FIN.0019 -- Justificación para la atención por beneficencia

FCH-FIN.015 - Política de crédito, facturación y cobranza

Adjuntos

FROEDTERT HEALTH

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

ANEXO A

PROVEEDORES NO CUBIERTOS BAJO LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA DE FROEDTERT HEALTH, PERO QUE PUEDEN BRINDAR SERVICIOS EN EL HOSPITAL DE FROEDTERT HEALTH

Advanced Pain Management	Midwest Neuromonitoring Associates
Affiliated Dermatologists, SC	Milwaukee Nephrologists, SC
Allergy Research & Care	Nephrology Associates of Waukesha, SC
Anthony Hoang, MD, SC	Nephrology Associates, SC
Aspen Orthopedics	Oral Surgery Associates
Aurora Advanced Healthcare, Inc. (médicos)	Oral Surgery Associates-Fond du Lac
Aurora Health Care, Inc	Pediatric Associates
Burlington Healthcare Providers	Pediatrics West
Columbia - St. Mary's Ascension	Planned Parenthood - Milwaukee
Devang V. Gandhi, MD	Richer, Martin, Timm SC
Dr. K.F. Nassif and Associates	Rieter Podiatry Associates, S.C.
Earl W. Nepple, M.D.	Stephen Schacht, DDS
Foot Clinic of West Bend	Terrence Riesch, DDS
Healing Corner, LLC	Tosa Pediatrics
Henry Ambrookian, DDS	Town & Country Dental
Independent Physicians of Wisconsin	Verre Eye Clinic, SC
Infectious Disease Specialists of SE Wisconsin, SC	West Bend Medical
Justin C. Ngene, M.D.	Wheaton Franciscan Medical Group
Madison Medical Group	Wisconsin Heart Group, SC
Midwest Comprehensive Pain Care	Women's Health Care - Waukesha
Midwest Nephrology Associates, SC	
Advanced Pain Management	Midwest Neuromonitoring Associates
Affiliated Dermatologists, SC	Milwaukee Nephrologists, SC
Allergy Research & Care	Nephrology Associates of Waukesha, SC
Anthony Hoang, MD, SC	Nephrology Associates, SC
Aspen Orthopedics	Oral Surgery Associates
Aurora Advanced Healthcare, Inc. (médicos)	Oral Surgery Associates-Fond du Lac
Aurora Health Care, Inc	Pediatric Associates
Burlington Healthcare Providers	Pediatrics West
Columbia - St. Mary's Ascension	Planned Parenthood - Milwaukee
Devang V. Gandhi, MD	Richer, Martin, Timm SC
Dr. K.F. Nassif and Associates	Rieter Podiatry Associates, S.C.
Earl W. Nepple, M.D.	Stephen Schacht, DDS
Foot Clinic of West Bend	Terrence Riesch, DDS
Healing Corner, LLC	Tosa Pediatrics

FROEDTERT HEALTH

**Estos proveedores tienen sus propias políticas de ayuda financiera independientes que cubren la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria prestada por estos proveedores. Esas políticas de asistencia financiera generalmente están en consonancia con la política de asistencia financiera de Froedtert Health, aunque pueden existir diferencias.*



Devuelva la solicitud firmada y los documentos de respaldo a:

Froedtert Health
Patient Financial Services
Attn: Financial Assistance Team
400 Woodland Prime Suite 103
N74 W12501 Leatherwood Ct
Menomonee Falls, WI 53051-4490
(800) 466-9670

Envíe la solicitud y documentación necesaria en cuanto sea posible.

No enviar la solicitud completa y toda la documentación de respaldo puede provocar la denegación de su solicitud. Envíe copias de la documentación; se las escaneará y destruirá.

No envíe los documentos originales. Se destruirán los documentos que no se necesiten. Si no cuenta con alguno de los documentos de respaldo, use la sección de comentarios para explicar la razón por la que no se incluye.

Los siguientes documentos de respaldo deben enviarse para procesar su solicitud:

- o Si recibe asistencia por discapacidad del seguro social o es mayor a los 65 años, incluya la reducción de gastos T19 con la fecha de elegibilidad y la cantidad en dólares. Si le han denegado el programa de reducción de gastos T19, presente una copia de dicha denegación.
- o Una copia de su declaración federal de impuestos más reciente y los formularios W-2, formularios de impuestos de la Cláusula C si usted o su cónyuge trabajan por su cuenta, y cualquier otro programa de impuestos presentado.
- o Constancia de ingresos. Si está casado, incluya la información de su cónyuge. Envíe los comprobantes de pago actuales de un mes.
- o Una copia reciente del estado de cuenta bancaria completo de cada cuenta en la que aparezca su nombre o el de su cónyuge, incluyendo el depósito directo o las tarjetas de débito. No se aceptará un resumen.
- o Una copia reciente de su estado de cuenta o del de su cónyuge por cada inversión, incluyendo certificados de depósito (CD), acciones, bonos, rentas vitalicias y fideicomisos.
- o Si usted o su cónyuge están desempleados y reciben una indemnización por desempleo, presente una verificación de los beneficios por desempleo.
- o Si usted o su cónyuge están desempleados y su manutención proviene de su familia o amigos, ya sea en **concepto de dinero o de alojamiento y comida, complete el formulario adjunto "Certificado de ingresos"** como verificación de la forma en la que cubre los gastos diarios.
- o Si usted o su cónyuge reciben pagos de indemnización por accidente laboral, beneficios del seguro social, beneficios por discapacidad, pagos de pensión, pensión alimenticia, manutención de menores, ayuda pública o beneficios para veteranos, presente la verificación de la cantidad por beneficios o un estado de cuenta bancario que demuestre el depósito directo de los ingresos.



Devuelva la solicitud firmada y los documentos de respaldo a:

Froedtert Health
 Patient Financial Services
 Attn: Financial Assistance Team
 400 Woodland Prime Suite 103
 N74 W12501 Leatherwood Ct
 Menomonee Falls, WI 53051-4490

Información del paciente

Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____
 Número del Seguro Social _____
 Número de teléfono _____
 Domicilio _____

Casa propia Alquilada
 ¿Otra propiedad a su nombre? Sí No
 Empleador _____
 Tiempo parcial: Tiempo completo:
 Ingresos brutos \$ _____ por
 Hora Semana Mes Año (elijá una)
 Si está desempleado, fecha del último empleo _____
 ¿Presentó su declaración de impuestos sobre la renta el año pasado?
 Sí No Si lo hizo, incluya una copia completa. Si no, la última fecha de presentación _____
 Estado civil: Soltero/a Casado/a Viudo/a Separado/a legalmente Divorciado/a

Información del cónyuge (si corresponde)

Nombre _____
 Fecha de nacimiento _____
 Número del Seguro Social _____
 Número de teléfono _____
 Domicilio _____

Casa propia Alquilada
 ¿Otra propiedad a su nombre? Sí No
 Empleador _____
 Tiempo parcial: Tiempo completo:
 Ingresos brutos \$ _____ por
 Hora Semana Mes Año (elijá una)

Detalle sus ingresos y activos, y los de su cónyuge a continuación:

Paciente
 Ingresos (mensual)
 Seguro Social \$ _____
 Beneficios para veteranos \$ _____
 Indemnización por accidente laboral \$ _____
 Desempleo \$ _____
 Intereses/dividendos \$ _____
 Pensión alimenticia/manutención de menores \$ _____
 Pensión \$ _____
 Ingresos por discapacidad \$ _____
 Ingresos por alquiler de propiedades \$ _____
 Otro ingreso \$ _____
 Activos
 Cuenta corriente \$ _____
 Caja de ahorros/mercado monetario \$ _____
 Acciones/bonos/rentas \$ _____
 vitalicias/fideicomisos \$ _____
 Certificados de depósito \$ _____

Cónyuge (si corresponde)
 Ingresos (mensual)
 Seguro Social \$ _____
 Beneficios para veteranos \$ _____
 Indemnización por accidente laboral \$ _____
 Desempleo \$ _____
 Intereses/dividendos \$ _____
 Pensión alimenticia/manutención de menores \$ _____
 Pensión \$ _____
 Ingresos por discapacidad \$ _____
 Ingresos por alquiler de propiedades \$ _____
 Otro ingreso \$ _____
 Activos
 Cuenta corriente \$ _____
 Caja de ahorros/mercado monetario \$ _____
 Acciones/bonos/rentas \$ _____
 vitalicias/fideicomisos \$ _____
 Certificados de depósito \$ _____

Dependientes. Note: No se considerarán como dependientes aquellas personas mayores de 18 años, a menos que estén indicados como dependientes en los impuestos sobre la renta. (Si tiene más de 4 dependientes, agregue una hoja aparte.)

Nombre	Vínculo	Fecha de nacimiento
1. _____	_____	_____
2. _____	_____	_____
3. _____	_____	_____
4. _____	_____	_____

Información de accidentes (si sus servicios médicos son resultado de un accidente que involucra a terceros como responsables, dé información del accidente y del seguro):

Comentarios/explicación de las circunstancias:

Certifico que la información anterior es completa y exacta. Por este medio autorizo a Froedtert Health y al Medical College of Wisconsin a compartir la información necesaria para la verificación de declaraciones que se hayan hecho en esta solicitud. Adicionalmente, por este medio autorizo la revelación de información a Froedtert Health y al Medical College of Wisconsin para la verificación de declaraciones que se hayan hecho en esta solicitud. Este consentimiento vence seis (6) meses después de la fecha de este documento. Este consentimiento se presenta en conformidad con el artículo 146.81 de los Estatutos de Wisconsin.

Firma _____ Fecha _____

Froedtert Health y el Medical College of Wisconsin se reservan el derecho de rechazar cualquier solicitud si se determina que se ha falsificado la información, está incompleta o no cumple con la solicitud o incumple otros programas de beneficios. Todos los saldos de auto pago se convertirán en deuda del paciente. Si recibe un pago de una tercera persona relacionada con los cargos médicos, usted consiente en informar inmediatamente a Froedtert Health y a Medical College of Wisconsin y a pagar el saldo total. Cualquier descuento que se haya proporcionado anteriormente se revertirá. Esta única solicitud se usará para establecer la elegibilidad para recibir ayuda financiera, tanto de Froedtert Health como de Medical College of Wisconsin. Para obtener ayuda o hacer preguntas sobre su factura, llame a Froedtert y a Medical College of Wisconsin al (414) 805-5951 o al número gratis (800) 466-9670.

Sección de verificación de ingresos

Si usted o su cónyuge están desempleados y su manutención proviene de su familia o amigos, llene esta sección de la solicitud como verificación de la forma en que satisface los gastos diarios.

Esta sección debe completarla el paciente, que debe legalizar su firma, Q la persona que ayuda en la manutención del paciente, ya sea ofreciéndole alojamiento y comida o dándole dinero para pagar los gastos diarios.

Nombre del paciente _____

Número del Seguro Social del paciente _____

Persona que proporciona apoyo económico

- Si llena esta sección es porque está proporcionando respaldo económico al paciente; firmar esta sección no lo responsabiliza legalmente para pagar las cuentas médicas de este paciente.
- Debe adjuntar copia de una identificación reciente con fotografía de la persona que proporciona el apoyo económico.

Yo, _____ declaro sobre el hecho que
(Nombre de la persona que ofrece el apoyo económico)

Actualmente contribuyo con \$ _____ mensualmente para los
gastos diarios de _____
(Nombre del paciente)

Firma _____ Fecha _____
(Firma de la persona que da el apoyo)

Q

Paciente

- La firma del paciente DEBE legalizarse.
- Debe adjuntar copia de una identificación reciente con fotografía.

Mis amigos o mi familia cubren mis gastos diarios.

Recibo \$ _____ cada mes

Firma del paciente _____ Fecha _____

Legalizado por _____ Fecha _____

FROEDTERT HEALTH

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

ANEXO C

Directrices Federales de Pobreza y descuento de ayuda financiera aplicable

		Directrices de Pobreza del HHS - 2020						
Cantidad de integrantes de la familia	Ingreso bruto	100%	250%	275%	300%	325%	350%	400%
		1	A DETERMINAR	\$12,760	\$31,900	\$35,090	\$38,280	\$41,470
2	A DETERMINAR	\$17,240	\$43,100	\$47,410	\$51,720	\$56,030	\$60,340	\$68,960
3	A DETERMINAR	\$21,720	\$54,300	\$59,730	\$65,160	\$70,590	\$76,020	\$86,880
4	A DETERMINAR	\$26,200	\$65,500	\$72,050	\$78,600	\$85,150	\$91,700	\$104,800
5	A DETERMINAR	\$30,680	\$76,700	\$84,370	\$92,040	\$99,710	\$107,380	\$122,720
6	A DETERMINAR	\$35,160	\$87,900	\$96,690	\$105,480	\$114,270	\$123,060	\$140,640
7	A DETERMINAR	\$39,640	\$99,100	\$109,010	\$118,920	\$128,830	\$138,740	\$158,560
8	A DETERMINAR	\$44,120	\$110,300	\$121,330	\$132,360	\$143,390	\$154,420	\$176,480
Cada adicional		\$4,480	\$11,200	\$12,320	\$13,440	\$14,560	\$15,680	\$17,920
		Porcentaje de descuento otorgado						
		100%	100%	90%	85%	80%	70%	65%

Nivel de autorización

Cantidad	Aprobación requerida
\$0-\$1,999.99	Coordinador de Pagos Particulares de Servicios Financieros del Paciente (Patient Financial Services, PFS)
\$2,000-\$9,999.99	Supervisor de PFS
\$10,000-\$24,999.99	Gerente de PFS
\$25,000-\$49,999.99	Director de PFS
\$50,000 y más	Director ejecutivo del Departamento de Ciclo de Ingresos

FROEDTERT HEALTH

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

ANEXO D

Área de servicio de Froedtert Health (por código postal)

53002	53064	53137	
53003	53066	53139	
53004	53069	53146	
53005	53072	53149	
53007	53074	53150	
53010	53076	53151	
53012	53077	53153	
53017	53078	53154	
53018	53080	53172	
53021	53086	53177	53215
53022	53089	53178	53216
53024	53090	53182	53217
53027	53091	53183	53218
53029	53092	53185	53219
53032	53095	53186	53220
53033	53096	53188	53221
53034	53097	53189	53222
53035	53099	53202	53223
53036	53103	53203	53224
53037	53108	53204	53225
53040	53110	53205	53226
53045	53118	53206	53227
53046	53119	53207	53228
53050	53120	53208	53233
53051	53122	53209	53235
53052	53126	53210	53402
53056	53127	53211	53403
53058	53129	53212	53404
53059	53130	53213	53405
53060	53132	53214	53406

FROEDTERT HEALTH

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

ANEXO E

Porcentaje de la cantidad que se factura generalmente (Amounts Generally Billed, “AGB”) del 2020

Hospital	Porcentaje de AGB
Froedtert Memorial Lutheran Hospital	32.68 %
Froedtert Menomonee Falls Hospital	32.38 %
Froedtert West Bend Hospital	32.14 %