



## POLÍTICA DE ASISTENCIA ECONÓMICA

### 1. Propósito

La misión de Beloit Health System es ser el líder en servicios regionales de salud y bienestar, que entreguen un valor de alta calidad y satisfacción a nuestros pacientes y las comunidades a las que servimos. Beloit Health System está comprometido a prestar servicios a quienes sean elegibles pero no puedan pagar la atención médica y aquellos cuyos recursos limitados hagan que sea extremadamente difícil cubrir los gastos incurridos para recibir atención médica. La asistencia económica se otorgará a todas las personas elegibles, independientemente de la edad, la raza, el color, la religión, el sexo, la orientación sexual o el origen nacional.

### 2. Disponibilidad y publicación de la política

Beloit Health System está obligado a proporcionar un aviso de su política de asistencia económica y hará un esfuerzo de buena fe para proporcionarle a cada paciente información sobre su disponibilidad. Esta política, la solicitud y un resumen en lenguaje sencillo están disponibles en línea en nuestro sitio web en [www.beloithealthsystem.org/financial-assistance-policy](http://www.beloithealthsystem.org/financial-assistance-policy). La información también se publica en las áreas de registro y admisión, y en el Departamento de Emergencia. La información sobre la asistencia económica también se imprime en los estados mensuales de cuenta y en otras comunicaciones para asegurar que la información se difunda ampliamente en la comunidad.

Si usted necesita ayuda con el proceso de solicitud, por favor llame al (608) 363-7356 o al (608) 364-1606, o para la larga distancia al 1-800-846-1150 y solicite la ayuda de un asesor económico para los pacientes o el servicio de atención al cliente para los pacientes. Están disponibles copias de esta política, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud sin costo.

### 3. Servicios médicos de emergencia

Beloit Health System no tomará ninguna medida que disuada a ningún individuo de buscar atención médica de emergencia, tal como exigir que los pacientes de la sala de emergencia paguen antes de recibir tratamiento, o permitir actividades de cobro de deudas en el Departamento de Emergencia u otras áreas donde tales actividades podrían interferir con la prestación de atención no discriminatoria de emergencia.

### 4. Definiciones

**Montos generalmente facturados:** Montos generalmente facturados significa los montos generalmente facturados por el hospital por la atención de emergencia, u otra atención médicamente necesaria para preservar la vida o integridad física de los individuos que tengan un seguro que cubra tal atención. A ningún paciente que sea elegible para la asistencia económica en Beloit Health System se le cobrará más de los montos que se facturen generalmente a los pacientes asegurados por una emergencia, u otra atención médicamente necesaria para preservar la vida o integridad física.

Actualmente, Beloit Health System determina los montos generalmente facturados usando el método de actualización. Los montos generalmente facturados se basan en los montos permitidos para el cargo por servicio de Medicare y todas las aseguradoras privadas de salud que paguen reclamaciones a Beloit Health System durante un período de 12 meses, divididos entre los cargos brutos para esas reclamaciones. Beloit Health System calcula los montos generalmente facturados por lo menos anualmente. Los montos generalmente facturados actualizados se aplicarán antes de haber transcurrido 120 días desde el final del período de medición de 12 meses. Los pacientes pueden obtener el porcentaje de los montos generalmente facturados actuales y la descripción del cálculo que lo acompañe por escrito y sin costo llamando al (608) 363-7356 o al (608) 364-1606, o para la larga distancia al 1-800-846-1150.

**Condición médica de emergencia:** Una condición médica que se manifieste a sí misma mediante síntomas agudos suficientemente graves (incluyendo el dolor severo) tales que la falta de atención médica inmediata se podría esperar razonablemente que resulte en lo siguiente

- (i) Un riesgo grave para la salud del individuo,
- (ii) Un deterioro grave de las funciones corporales, o
- (iii) Una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.

**Medidas extraordinarias de cobro:** Las medidas tomadas contra un individuo para obtener el pago de una factura por atención que requieran un proceso judicial o legal, involucren la venta de la deuda de un individuo a otra parte, o involucren la notificación de información adversa sobre un individuo a una agencia de informes de crédito del consumidor o una oficina de crédito.

**Familia:** Usando la definición de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, un grupo de dos o más personas que residan juntas y que estén relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. De acuerdo con las reglas del Servicio de Rentas Internas, si el paciente reclama a alguien como dependiente en su declaración del impuesto sobre la renta, esa persona podría ser considerada como dependiente a los fines de la prestación de asistencia económica. Si la documentación fiscal del Servicio de Rentas Internas no está disponible, el tamaño de la familia se determinará de acuerdo con el número de dependientes documentados en la solicitud de asistencia económica y verificados por el hospital.

Los **ingresos familiares** se determinan de manera consistente con la definición de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, la cual utiliza la siguiente información al calcular las pautas federales de pobreza:

- Los ingresos incluyen las ganancias, la compensación por desempleo, la compensación de los trabajadores, el Seguro Social, los ingresos suplementarios de seguridad, la asistencia pública, los pagos de veteranos, los beneficios de sobreviviente, los ingresos de pensión o jubilación, los intereses, los dividendos, las rentas, las regalías, los ingresos provenientes de herencias, los fideicomisos, la asistencia educativa, la pensión alimenticia, la manutención de menores, la asistencia proveniente desde fuera del grupo familiar y otras fuentes diversas, antes de impuestos;
- Los ingresos excluyen los beneficios no monetarios (tales como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda);
- Los ingresos excluyen las ganancias o pérdidas de capital; y
- Los ingresos incluyen los ingresos de todos los miembros de la familia si la persona vive con una familia, pero excluyen a aquellos que no sean parientes, tales como los compañeros de casa.

**Pautas federales de pobreza:** Significa las pautas actualizadas anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos de acuerdo con la autorización de la subsección (2) de la sección 9902 del título 42 del Código de los Estados Unidos. Las pautas actuales se pueden encontrar en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

**Asistencia económica** significa la asistencia prestada a los pacientes para quienes sería una dificultad económica pagar por completo los gastos esperados en efectivo correspondientes a la atención de emergencia, u otra atención médica necesaria para preservar la vida o integridad física que se presten en el hospital, y que cumplan con los criterios de elegibilidad para tal asistencia.

**Atención médicamente necesaria** significa un servicio médico que cumpla con lo siguiente:

- (1) Se requiera para prevenir, identificar o tratar condiciones que amenacen la vida o integridad física; y
- (2) Cumpla con los siguientes estándares:
  - (a) Sea consistente con los síntomas del receptor, o con la prevención, el diagnóstico o el tratamiento de la enfermedad, lesión o discapacidad del receptor;
  - (b) Se preste de manera consistente con los estándares de calidad aceptable de la atención aplicables al tipo de servicio, el tipo de proveedor y el entorno en el que se preste el servicio;
  - (c) Sea apropiado con respecto a los estándares de la práctica médica generalmente aceptados;
  - (d) No esté médicamente contraindicado con respecto a los diagnósticos del receptor, los síntomas del receptor u otros servicios médicamente necesarios que se estén prestando al receptor;
  - (e) Tenga un valor o una utilidad médicos comprobados y no sea de naturaleza experimental;
  - (f) No sea duplicativo con respecto a otros servicios que se estén prestando al receptor;
  - (g) No sea únicamente para la conveniencia del receptor, la familia del receptor o un proveedor;
  - (h) Sea económico en comparación con un servicio alternativo médicamente necesario que sea razonablemente accesible para el receptor; y
  - (i) Sea el suministro o nivel de servicio más apropiado que se pueda proporcionar de manera segura y efectiva al receptor.

**Asistencia económica presuntiva** significa la determinación de la elegibilidad para la asistencia económica que se pueda basar en información proporcionada por un tercero y/u otra información públicamente disponible.

**No asegurado** significa un individuo que no tenga ninguna cobertura externa de una aseguradora comercial externa, un

plan ERISA, un programa federal de atención médica (incluyendo sin limitación Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), la compensación de los trabajadores u otra asistencia externa que ayude a cumplir con las obligaciones de pago del individuo correspondientes a la atención médica.

**Subasegurado** significa un individuo con cobertura privada o pública de seguro para quien sería una dificultad económica pagar por completo los gastos esperados en efectivo para la atención de emergencia, u otra atención médicamente necesaria para preservar la vida o integridad física de acuerdo con esta política.

## **5. Residencia en el área de servicio**

La asistencia económica para los servicios requeridos para una condición médica de emergencia está disponible para los individuos, independientemente de si el paciente reside dentro del área de servicio de Beloit Health System. Para los servicios que no sean de emergencia ni médicamente necesarios para preservar la vida o integridad física, la asistencia económica se basa en la naturaleza de la atención requerida y la proximidad del paciente al proveedor de atención médica más cercano. Sin embargo, se considerará a los pacientes con una relación de muchos años con un médico de Beloit Health System, o la falta de proveedores en el proveedor de atención médica más cercano o en aquellos pertenecientes a la red del seguro del paciente. Se le podría pedir al proveedor de atención médica primaria del paciente que verifique la disponibilidad de los servicios de atención médica y la asistencia económica.

## **6. Elegibilidad del solicitante**

La asistencia económica es generalmente secundaria a todos los otros recursos económicos disponibles para el paciente, incluyendo los seguros, los programas gubernamentales, la asistencia pública, los litigios o la responsabilidad de terceros. La decisión sobre la asistencia económica se basa en una solicitud, comunicaciones escritas y verbales, y cualquier otra documentación utilizada para hacer una evaluación de la elegibilidad de un individuo, sobre la base de uno o más de los siguientes criterios:

- Se considerarán los ingresos de su familia en relación con las pautas federales de pobreza.
- El seguro o la capacidad económica de comprar un seguro.
- Se nos deben dar a conocer sus activos (*por ejemplo*, la vivienda, las cuentas bancarias, las acciones, etc.).
- Los recursos de terceros disponibles por medios públicos u otros medios benéficos.
- Se nos debe dar a conocer cualquier otra dificultad económica.
- Usted debe estar recibiendo atención no electiva médicamente necesaria para preservar la vida o integridad física.
- Usted debe consultar con uno de los asesores económicos de Beloit Health System.
- Las solicitudes se pueden hacer en persona, verbalmente o por escrito.
- Por favor vea la sección titulada "Cronograma para establecer la elegibilidad económica" relacionada con el período de solicitud de 240 días.

## **7. Elegibilidad presuntiva**

Beloit Health System podría determinar la elegibilidad para la asistencia económica mediante el uso de información obtenida de otras fuentes aunque el paciente no proporcione una solicitud de asistencia económica o documentación de respaldo. Los descuentos correspondientes a la elegibilidad presuntiva sólo se otorgan para la atención gratuita (100% de descuento). La elegibilidad presuntiva se podría determinar sobre la base de las circunstancias individuales de vida que podrían incluir ser un receptor de programas de medicamentos con prescripción financiados por el estado, los servicios médicamente necesarios no cubiertos o pagaderos de acuerdo con un programa gubernamental tal como Medicaid o Medicare, las personas sin hogar o que hayan recibido atención de una clínica para personas sin hogar, la elegibilidad para Medicaid y la fecha de entrada en vigor de la misma después de las fechas del servicio, la elegibilidad para los cupones de alimentos, la elegibilidad para el programa de almuerzo escolar subsidiado, la elegibilidad para otros programas estatales o locales de asistencia, el hecho de que se proporcione una vivienda de bajos ingresos/subsidiada como una dirección válida, o el hecho de que el paciente haya fallecido sin herencia conocida y sin un cónyuge sobreviviente.

## **8. Servicios cubiertos**

Los servicios elegibles para asistencia económica de acuerdo con esta política son los servicios de emergencia para tratar una condición médica de emergencia, y otros servicios médicamente necesarios para preservar la vida o integridad física.

## **9. Servicios excluidos**

Lo siguiente se excluye de la consideración para la asistencia económica de acuerdo con esta política: Los procedimientos estéticos, los audífonos, los productos de podología, los procedimientos de esterilización, las reversiones de los procedimientos de esterilización, los tratamientos de fertilidad, los procedimientos bariátricos, los procedimientos de implantación de lentes Restor, Toric y Crystalens, y la mayoría de los procedimientos electivos. Otras exclusiones incluyen los servicios que se determine que son innecesarios o que hayan sido prohibidos por el gobierno o los pagadores externos, las cuentas pendientes de liquidación provenientes de una demanda de responsabilidad, los equipos médicos durables, las visitas al consultorio de rutina o que no sean de emergencia, y la atención médica domiciliaria. Se podrían considerar algunos casos electivos previa declaración del médico que va a realizar el procedimiento de que la condición que se está abordando requiere atención médicamente necesaria para preservar la vida o integridad física, la cual estará sujeta a una revisión de utilización y la aprobación en consulta con el jefe del departamento y el vicepresidente de asuntos médicos.

## **10. Proveedores de Beloit Health System**

Solo los servicios prestados en las instalaciones de Beloit Health System por proveedores empleados por Beloit Health System son elegibles para la asistencia económica de acuerdo con esta política. Los proveedores no empleados que presten servicios contratados a Beloit Health System no están cubiertos de acuerdo con esta política. Los proveedores contratados que no son elegibles para la asistencia económica por medio de Beloit Health System son Beloit Radiology, Southern Wisconsin Emergency Associates, Stateline Anesthesia y Hart Road Pathology.

## **11. Descuentos de asistencia económica**

Beloit Health System no les cobrará a los pacientes que sean elegibles para la asistencia económica de acuerdo con esta política más de los montos facturados generalmente a los pacientes con un seguro por una emergencia, u otra atención médicamente necesaria para preservar la vida o integridad física. Los pacientes podrían recibir la siguiente asistencia sobre la base de los procedimientos descritos en esta política.

- Atención gratuita/descuento del 100%: Los pacientes no asegurados cuyos ingresos familiares sean iguales o menores que el 200% de las pautas federales actuales de pobreza recibirán un descuento del 100% para la atención de emergencia, y otra atención médicamente necesaria para preservar la vida o integridad física, como se muestra en el anexo 1.
- Atención con descuento: Los pacientes no asegurados cuyos ingresos familiares sean mayores que el 200% pero menores que el 400% de las pautas federales actuales de pobreza recibirán un descuento para la atención de emergencia, y otra atención médicamente necesaria para preservar la vida o integridad física, como se muestra en el anexo 1. Los pacientes no asegurados recibirán descuentos aplicados a sus cargos brutos por la atención. Los pacientes subasegurados son elegibles sólo cuando el saldo exceda \$2500, en cuyo caso los descuentos se aplican al saldo del paciente que quede después del pago del seguro.

## **12. Cómo solicitar la asistencia económica**

Usted o su representante deben llenar la solicitud de asistencia económica en su totalidad. Se considerará un ajuste sólo después de que se hayan revisado las cuentas del paciente y se haya determinado que no está disponible ningún reembolso de un tercero. Se puede llenar una solicitud de asistencia económica en persona con la ayuda de un asesor económico, o la misma se puede enviar por correo o dejar en el hospital dirigida a la atención del asesor económico.

Además de la solicitud llenada, usted también debe incluir lo siguiente antes de haber transcurrido 15 días hábiles:

- Y Una copia de la declaración del impuesto federal sobre la renta del año fiscal más reciente, incluyendo todos los anexos presentados con la declaración original.
- Y Una copia de la información de ingresos más reciente para cada persona del grupo familiar, incluyendo los formularios W-2 del año pasado, los talones de los dos cheques de pago más recientes o una declaración del empleador, y los pagos del Seguro Social, de desempleo, de jubilación, de las pensiones, de manutención, etc.
- Y Si trabaja por su cuenta, una copia de la declaración del impuesto federal sobre la renta más reciente y todos los documentos de respaldo.
- Y Una prueba de residencia.
- Y Copias de los dos estados financieros más recientes (cuentas de ahorros, cuentas corrientes, cuentas del mercado monetario, cuentas IRA, cuentas 401k, cuentas de corretaje, etc.).
- Y Una copia de los beneficios de cupones de alimentos o asistencia sanitaria.
- Y Si el grupo familiar está recibiendo asistencia de familiares o amigos, una declaración de las partes que ofrezcan asistencia.
- Y Si usted es elegible para los beneficios del Seguro Social por incapacidad, debe proporcionar documentación que

demuestre que la solicitud está siendo procesada.

- Y Una verificación de que usted ha solicitado todos recursos médicos:
  - **Asistencia médica/planificación familiar**
    - Condado de Rock (888) 794-5780.
    - Condado de Winnebago (815) 987-7620.
  - **Programa de la Mujer Sana de Wisconsin**
    - Presta servicios preventivos de despistaje a mujeres con poca o ninguna cobertura de seguro de salud. 608- 266-8311.
- Y Documentación sobre las negativas y apelaciones de cualquier seguro de responsabilidad si está involucrado en un accidente o una agresión.
- Y Si usted es un estudiante universitario, debe proporcionar documentación sobre la condición actual de estudiante.

Por favor comuníquese con nuestros asesores económicos para discutir si alguno de los anteriores se podría enviar de otra forma.

La solicitud se debe llenar en su totalidad, incluyendo el nombre, la dirección, el número de teléfono, la ocupación, el empleador, y los nombres del cónyuge y los dependientes legales del paciente (los dependientes legales se identificarán como tales sobre la base de si son o no reclamados como dependientes en la declaración del impuesto sobre la renta más reciente). También se incluirá el ingreso del grupo familiar durante los últimos tres meses, así como los últimos doce meses. El ingreso notificado debe incluir a todos los asalariados del grupo familiar excluyendo a los menores (los pacientes que sean reclamados como dependientes en la declaración de impuestos de otro individuo deben notificar los ingresos del otro individuo además de los suyos). La verificación de las ganancias se debe demostrar presentando alguno o todos los siguientes: declaraciones del impuesto sobre la renta, talones de los cheques de pago, formularios W-2, formularios de compensación por desempleo o cartas de los empleadores. Si el paciente indica que no se ha obtenido ningún ingreso, se podría solicitar una copia de una carta del Departamento de Servicios Sociales en la que se niegue la compensación de desempleo. También se podría solicitar una copia de una carta en la que se verifique que se han negado los beneficios del Departamento de Ayuda Pública. Si el paciente aún no ha solicitado los beneficios del Departamento de Ayuda Pública se le anima a hacerlo. Si el paciente devuelve la solicitud sin una prueba suficiente de ingresos, o si falta cualquier otra información o está incompleta, el Departamento de Crédito se pondrá en contacto con él para obtener la información. Se podría negar la aprobación por no llenar una solicitud. Además, cualquier discrepancia entre el nombre y el número del Seguro Social resultará en un rechazo automático de la solicitud.

Los pacientes que estén buscando asistencia económica deben cumplir con el proceso de solicitud de asistencia económica, incluyendo el envío de una copia de la declaración del impuesto federal sobre la renta más reciente, la información de ingresos más reciente (tal como los talonarios de los cheques de pago o formularios W-2) y los estados de cuenta bancarios, así como también la finalización del proceso de solicitud correspondiente a todas las fuentes de asistencia disponibles, incluyendo Medicaid o el Programa de Asistencia Médica.

Los pacientes que estén empleados (o los pacientes que sean cónyuges o dependientes de un individuo empleado) deben demostrar que el empleador no ofrece los beneficios de un seguro colectivo de salud. A los pacientes que hayan optado por no inscribirse en un plan colectivo disponible de salud se les podrían negar los beneficios de atención de beneficencia.

### **13. Cronograma para establecer la elegibilidad económica**

Se debe hacer todo lo posible para determinar la elegibilidad de un paciente antes, o en el momento de la admisión o el servicio. Si un paciente dice que no puede pagar o tiene necesidad de asistencia económica, el paciente será entrevistado por un asesor económico y se le dará ayuda con los recursos externos disponibles. Al paciente también se le ofrecerá una solicitud de asistencia económica con instrucciones y una lista de toda la documentación que se podría exigir. Las solicitudes de asistencia económica se aceptarán en cualquier momento durante el período de solicitud. El período de solicitud comienza el día en el que se preste la atención y termina a más tardar 240 días después de la emisión del primer estado de cuenta después del alta al paciente. Si una cuenta con más de 240 días desde la emisión del primer estado de cuenta después del alta ha procedido a un proceso legal o judicial, se aceptará una solicitud de asistencia económica hasta la fecha del fallo final.

Las solicitudes llenadas se deben enviar por correo o entregara mano en la siguiente dirección:

Beloit Health System

1969 West Hart Road, Beloit WI 53511 (hospital lobby level) Attention: Financial Counselors

o

1905 East Hebbel Parkway, Beloit WI 53511 (main clinic lobby level) Attention: Financial Counselors

## **14. Confidencialidad de la información recibida y retención de registros**

Beloit Health System mantendrá la confidencialidad y dignidad de cada paciente, y cualquier información enviada para la consideración para la asistencia económica se tratará como información médica protegida de acuerdo con la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.

Las copias de los documentos que respalden la solicitud se conservarán con el formulario de solicitud de asistencia económica y se retendrán durante siete años.

## **15. Contacto para obtener información y asistencia**

Se puede obtener información adicional sobre la política de asistencia económica y ayuda con el proceso de solicitud de los asesores económicos para los pacientes:

- En línea en [www.beloithealthsystem.org/financial-assistance-policy](http://www.beloithealthsystem.org/financial-assistance-policy) o
- Llamando a los asesores económicos para los pacientes al 1-800-846-1150 o al 1-608-363-7356 o
- Usted también puede llamar al servicio de atención al cliente para los pacientes al 1-608-364-1606 o
- Usted puede visitar un local de servicios comerciales o enviar por correo una solicitud llenada con los documentos de respaldo a la siguiente dirección:
  - 1969 West Hart Road, Beloit WI 53511 (hospital lobby level) Attention: Financial Counselors
  - 1905 East Huebbe Parkway, Beloit WI 53511 (main clinic lobby level) Attention: Financial Counselors

## **16. Beneficios de seguro de salud**

Los pacientes que estén empleados (o los pacientes que sean cónyuges o dependientes de un individuo empleado) deben demostrar que el empleador no ofrece los beneficios de un seguro colectivo de salud. A los pacientes que hayan optado por no inscribirse en un plan colectivo disponible de salud se les negarán los beneficios de atención de beneficencia. Se podrían considerar excepciones para los casos en los que el aporte salarial de los individuos para la prima esté cerca de, o exceda el salario real. Se espera que los pacientes elegibles para los beneficios de ACA Marketplace se inscriban para la cobertura de un plan disponible.

## **17. Carga económica excesiva**

Beloit Health System reconoce que podría haber casos en los que los ingresos de un paciente excedan las pautas mencionadas anteriormente pero los gastos del paciente también excedan sus ingresos, haciendo por consiguiente que sean incapaces de aceptar cargas económicas adicionales. Podrían ser apropiados ajustes adicionales de atención de beneficencia para estos individuos si los gastos excesivos son por servicios médicos o gastos necesarios de manutención (tales como los medicamentos, los alimentos, la vivienda y los servicios públicos).

## **18. Decisión inicial sobre la asistencia económica**

Beloit Health System no iniciará medidas extraordinarias de cobro hasta que se tome una decisión inicial sobre la condición de elegibilidad para la asistencia económica. Cuando Beloit Health System determine inicialmente que un paciente podría ser elegible para la asistencia económica, todas las medidas extraordinarias de cobro (incluyendo las acciones civiles, los embargos, y la notificación a las agencias de cobro o crédito) cesarán a la espera de una decisión final sobre la elegibilidad para la asistencia económica, y no se tomarán medidas adicionales en relación con las medidas extraordinarias de cobro existentes.

## **19. Responsabilidad del paciente**

El paciente o su representante son responsables de llenar la solicitud y seguir los procedimientos según lo indicado en esta política. Una vez recibida una solicitud incompleta, se notificará por escrito al paciente indicando la información adicional que se requiere para que la solicitud esté completa. Se dará un tiempo razonable para llenar la solicitud. Si no se hace, comenzarán los esfuerzos de cobro contra el paciente. Si el paciente o su representante vuelven a participar en el proceso de solicitud, los esfuerzos de cobro cesarán como se indica en la presente.

## **20. Decisión final sobre la asistencia económica**

Beloit Health System tomará una decisión en un tiempo razonable, típicamente 14 días hábiles desde la recepción de la

solicitud de asistencia económica llenada y toda la documentación de respaldo.

Previa revisión de la solicitud de asistencia económica, el asesor económico determinará la elegibilidad y notificará al paciente del resultado por escrito. Si la solicitud recibe una aprobación parcial, el monto adeudado por el paciente se indicará en el lugar apropiado en la carta de notificación de la decisión. En la carta también se indicarán las aprobaciones o negativas del 100%. En los casos de las aprobaciones o negativas parciales, la notificación se proporcionará por escrito e incluirá los motivos de la aprobación o negativa parcial. A partir de entonces, se deben seguir los procedimientos de cobro de rutina. Si el paciente no puede hacer el pago completo antes de haber transcurrido 45 días, se podrían hacer arreglos de pago de acuerdo con la política/el procedimiento de planes de pago de Beloit Health System.

Las aprobaciones estarán en vigor para los servicios adicionales prestados antes de haber transcurrido 90 días desde la fecha de aprobación. Después de 90 días, se podría solicitar información económica actualizada.

## **21. Reembolso**

Si una parte responsable paga una parte o la totalidad de los cargos por servicios elegibles para la asistencia económica, tales pagos se reembolsarán a la parte responsable a menos que el monto sea menor de \$5.

## **22. Planes de pago**

Todos los pacientes son elegibles para un plan de pago a corto plazo sin intereses con plazos de pago definidos basados en el saldo pendiente de la cuenta.

## **23. Proceso de facturación y cobro**

Mientras se esté revisando la solicitud de un paciente para tomar una decisión sobre la asistencia económica se proporcionará un estado mensual estándar de la actividad de la cuenta. La aprobación de la asistencia económica continuará durante 6 meses a partir de la fecha de aprobación de la asistencia económica. Los futuros servicios elegibles recibidos durante el período de 6 meses recibirán asistencia económica sobre la misma base que la aprobación inicial. Los pacientes deben notificar a un asesor económico en el caso de que sus circunstancias económicas cambien, en cuyo caso se le podría solicitar al paciente que proporcione información actualizada. En el caso de que un paciente que sea elegible para recibir asistencia económica no pague oportunamente el saldo adeudado, tal como los pagos de acuerdo con un plan de pago acordado, Beloit Health System podría tomar cualquiera de las medidas descritas a continuación para cobrar el saldo adeudado.

## **24. Procedimientos de cobro**

Antes de buscar el cobro contra un paciente, Beloit Health System hará lo siguiente:

1. Proporcionar en el estado de cuenta de cada paciente una notificación prominente de que los pacientes que cumplan con ciertos requisitos de ingresos podrían ser elegibles para recibir asistencia económica. La notificación incluye el número de teléfono de los asesores económicos y el personal de servicio al cliente que pueden ayudar, así como la dirección del sitio web donde se pueden encontrar copias de esta política, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud. En la notificación también se describirán las medidas extraordinarias de cobro que Beloit Health System tiene la intención de tomar para cobrar el pago por la atención. En la notificación se proporcionará un aviso con por lo menos 30 días de anticipación para que el paciente evite la medida descrita en la misma.
2. Abstenerse de iniciar las medidas extraordinarias de cobro hasta haber transcurrido 120 días desde la emisión del primer estado de cuenta después del alta para el episodio de atención a los pacientes.
  - a. Las medidas extraordinarias de cobro incluyen las siguientes medidas tomadas por Beloit Health System o una agencia de cobro en nuestro nombre:
    - i. Diferir o negar o exigir un pago antes de prestar atención que no sea de emergencia debido a la falta de pago por parte de un paciente de una o más facturas por una atención prestada anteriormente que sea elegible de acuerdo con esta política.
    - ii. Notificar las deudas pendientes a las oficinas de crédito.
    - iii. Entablar una acción legal para cobrar un fallo (es decir, un embargo de salarios o un examen del deudor).
    - iv. Poner embargos sobre la propiedad de los individuos.
3. Ofrecer la oportunidad de un plan de pago aprobado.
4. Procesar la solicitud de una manera acelerada para asegurar que la atención médicamente necesaria para preservar la vida o integridad física no se retrase innecesariamente.

Beloit Health System o una agencia de cobro en nuestro nombre podrían realizar las siguientes actividades de cobro:

1. Comunicarse con los pacientes y sus representantes de conformidad con la Ley de Cobro Justo de Deudas y la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico.
2. Solicitar el pago de las obligaciones estimadas de pago del paciente en el momento del servicio de acuerdo con el reglamento de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo, y las leyes federales/estatales.
3. Notificar las deudas pendientes a las oficinas de crédito solo después de que se hayan aplicado todos los aspectos de los esfuerzos razonables de cobro de esta política.
4. Entablar acciones legales contra los individuos que tengan los recursos para pagar pero que no paguen, o que no estén dispuestos a pagar. También se podrían entablar acciones legales por la parte del monto no pagada después de la solicitud de los ajustes de beneficencia.
5. Poner embargos sobre la propiedad de los individuos que tengan los recursos para pagar pero que no paguen, o que no estén dispuestos a pagar. También se podrían poner embargos por la parte del monto no pagada después de la solicitud de los ajustes de beneficencia.
6. Los acuerdos con las agencias de cobro para cobrar deudas en nuestro nombre cumplirán con todas las leyes y los reglamentos pertinentes, incluyendo aquellos que Beloit Health System esté obligado a seguir.

### **Agencia de cobro/fallo**

Las cuentas asignadas a una agencia de cobro que tengan un fallo otorgado por medio del sistema judicial ya no son elegibles para la consideración para la asistencia de beneficencia. Un paciente puede solicitar la asistencia de beneficencia en cualquier momento antes de que la cuenta reciba un fallo judicial.

**Está disponible una copia por escrito de esta política previa solicitud y en nuestro sitio web en [www.beloithealthsystem.org/financial-assistance-policy](http://www.beloithealthsystem.org/financial-assistance-policy).**



## ANEXO 1

**Pautas federales de pobreza de 2018** (<https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>)

Tamaño del grupo familiar	100%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$12,140	\$18,210	\$24,280	\$30,350	\$36,420	\$48,560
2	\$16,460	\$24,690	\$32,920	\$41,150	\$49,380	\$65,840
3	\$20,780	\$31,170	\$41,560	\$51,950	\$62,340	\$83,120
4	\$25,100	\$37,650	\$50,200	\$62,750	\$75,300	\$100,400
5	\$29,420	\$44,130	\$58,840	\$73,550	\$88,260	\$117,680
6	\$33,740	\$50,610	\$67,480	\$84,350	\$101,220	\$134,960
7	\$38,060	\$57,090	\$76,120	\$95,150	\$114,180	\$152,240
8	\$42,380	\$63,570	\$84,760	\$105,950	\$127,140	\$169,520

**Atención gratuita o con descuento:** Los solicitantes cuyos ingresos familiares (según se define en la política de asistencia económica) sean menores o iguales al 400% del nivel federal actual de pobreza recibirán un descuento sobre los servicios. Los pacientes asegurados son elegibles para recibir asistencia económica cuando el saldo responsable del paciente excede \$2,500.

Nivel federal de pobreza	Descuento de asistencia económica
Menor o igual al 200%	100%
Por encima del 200%. y menor o igual al	70%

A los pacientes elegibles se les podría permitir un ajuste de atención de beneficencia además de los descuentos establecidos arriba de acuerdo con la política de beneficios de atención de beneficencia de Beloit Health System. Los ajustes adicionales de acuerdo con la política de beneficios de atención de beneficencia se determinan caso por caso.