

POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

Hudson Hospital ("Hudson") está comprometido a brindar atención médica de calidad a nuestros pacientes, incluidos aquellos que tienen necesidad de ayuda financiera. Como resultado de esto, nuestra Política de Ayuda Financiera (que, en este documento, se denomina "FAP" o la "Política") se encuentra disponible para los pacientes no asegurados o con seguro insuficiente en función de la capacidad de pago de la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria del paciente. Nuestra Política está disponible para brindar ayuda puntual; no tiene como objetivo proporcionar atención a largo plazo, gratuita ni con descuento. Nuestra Política establece y describe los criterios de elegibilidad, cómo calculamos los descuentos, cómo solicitar la ayuda financiera, los proveedores que brindan atención en nuestro Hospital y nuestra política de atención médica de emergencia.

Los pacientes pueden obtener copias gratuitas de esta Política y del formulario de solicitud de ayuda financiera en persona en todos los lugares de registro de pacientes. Para obtener información adicional o si tiene preguntas acerca del proceso de solicitud, o para solicitar copias por correo, los pacientes pueden comunicarse con nuestro Departamento de Servicios Financieros para el Paciente al 715-531-6200 o en la dirección 405 Stageline Rd. Hudson, WI 54016. Puede acceder a copias gratuitas de esta Política, del formulario de solicitud y traducciones en www.hudsonhospital.org

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Hudson Hospital ha establecido los siguientes criterios de elegibilidad para que los pacientes reciban atención de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria de manera gratuita o con descuento.

1. El paciente debe brindar evidencia de aceptación o rechazo de beneficios gubernamentales, como asistencia médica, para él, o para los miembros de su familia por parte de los programas de Medicaid del condado o el estado.
2. El paciente debe agotar por completo cualquier asistencia gubernamental disponible y cualquier beneficio de seguro de salud disponible.
3. El paciente debe completar la solicitud de ayuda financiera del Hospital y brindar toda la documentación solicitada.



4. El Hospital brinda asistencia a todos los pacientes elegibles.
 - A. La elegibilidad del paciente para la atención gratuita o con descuento se basará en los ingresos familiares y la cantidad de integrantes de la familia.
 - B. El Hospital brinda asistencia a aquellos pacientes cuyos ingresos familiares son iguales o inferiores al 300 % del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL); el nivel de descuento se determina en función de la cantidad de integrantes de la familia y los ingresos familiares, como porcentaje del FPL.
 - C. Los pacientes cuyos ingresos y cantidad de integrantes de su familia los coloquen al 200 % del FPL o por debajo de este recibirán un descuento del 100 %. Los pacientes cuyos ingresos y cantidad de integrantes de su familia los coloquen por encima del 200 % pero sin superar el 300 % por sobre el FPL recibirán un descuento parcial escalonado, de acuerdo con lo determinado por el Cuadro de descuento de ayuda financiera que aparece a continuación. (Para obtener más información, visite el sitio <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>)



Cuadro de descuento de ayuda financiera

Cantidad de integrantes de la familia	100 % del FPL	Ingresos brutos familiares	% de descuento
1	FPL x 300 %	\$37,470	52.3 %
	FPL x 250 %	\$31,225	75 %
	FPL x 200 %	\$24,980	100 %
	FPL x 100 %	\$12,490	100 %
2	FPL x 300 %	\$50,730	52.3 %
	FPL x 250 %	\$42,275	75 %
	FPL x 200 %	\$33,820	100 %
	FPL x 100 %	\$16,910	100 %
3	FPL x 300 %	\$63,990	52.3 %
	FPL x 250 %	\$53,325	75 %
	FPL x 200 %	\$42,660	100 %
	FPL x 100 %	\$21,330	100 %
4	FPL x 300 %	\$77,250	52.3 %
	FPL x 250 %	\$64,375	75 %
	FPL x 200 %	\$51,500	100 %
	FPL x 100 %	\$25,750	100 %
5	FPL x 300 %	\$90,510	52.3 %
	FPL x 250 %	\$75,425	75 %
	FPL x 200 %	\$60,340	100 %
	FPL x 100 %	\$30,170	100 %
6	FPL x 300 %	\$103,770	52.3 %
	FPL x 250 %	\$86,475	75 %
	FPL x 200 %	\$69,180	100 %
	FPL x 100 %	\$34,590	100 %
7	FPL x 300 %	\$117,030	52.3 %
	FPL x 250 %	\$97,525	75 %
	FPL x 200 %	\$78,020	100 %
	FPL x 100 %	\$39,010	100 %
8	FPL x 300 %	\$130,290	52.3 %
	FPL x 250 %	\$108,575	75 %
	FPL x 200 %	\$86,860	100 %
	FPL x 100 %	\$43,430	100 %

* Agregue \$4,420 por cada persona adicional

CÓMO SOLICITAR AYUDA FINANCIERA

1. Los pacientes deben completar la Solicitud de ayuda financiera y brindar verificaciones de ingresos adecuadas y cualquier otro documento de respaldo en persona o por correo a la siguiente dirección: Hudson Hospital, Patient Financial Services, 405 Stageline Rd., Hudson WI, 54016.
2. Los pacientes también pueden enviar por fax las solicitudes completas, las verificaciones de ingresos adecuadas y cualquier otro documento de respaldo a Servicios Financieros para el Paciente al 715-531-6201.
3. Las verificaciones de ingresos adecuadas incluyen una copia de la Declaración de impuestos federales 1040 más reciente del paciente, incluidos todos los cronogramas aplicables o una carta de beneficios para la solicitud de beneficios del Seguro Social, desempleo o discapacidad.
4. La solicitud puede imprimirse en nuestro sitio web en www.hudsonhospital.org o los pacientes pueden obtener una copia llamando a Servicios Financieros para el Paciente al 715-531-6200.
5. El personal designado de Servicios Financieros para el Paciente está disponible para ayudar a los pacientes por teléfono o en persona completando la solicitud. Los pacientes también pueden comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos del condado en el que residen.
5. Los pacientes pueden comunicarse con los Servicios Financieros para el Paciente al 715-531-6200 si tiene alguna pregunta acerca de la solicitud o para coordinar o programar una cita con un representante.

CÁLCULO DE AYUDA FINANCIERA

Hudson Hospital calcula el nivel de ayuda financiera del paciente de la siguiente manera:

1. A un paciente elegible para recibir ayuda financiera no se le cobrará más de los montos facturados generalmente (Amounts Generally Billed, AGB) a los pacientes asegurados por el Hospital para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. Actualmente, el Hospital determina los AGB multiplicando los cargos brutos de cualquier atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria provista para un paciente elegible para la ayuda financiera mediante un porcentaje de AGB del 47.7%.

El Hospital calculó este porcentaje dividiendo la suma de todos su reclamos de atención médicamente necesaria permitidos por las aseguradoras de salud durante un período previo de 12 meses por la suma de los cargos brutos asociados de dichos reclamos.

DETERMINACIONES DE PRESUNTA ELEGIBILIDAD

Hudson puede determinar de forma presunta que un paciente es elegible para recibir ayuda financiera en función de una determinación de elegibilidad anterior o del cumplimiento de determinadas circunstancias para recibir ayuda financiera, que incluyen, entre otras, las siguientes:

- i Falta de hogar
- i Servicios médicamente necesarios no cubiertos o pagaderos en virtud de un programa de Medicaid o de una subvención federal entregada a un receptor calificado
- i Reunión de los requisitos y fecha de entrada en vigencia para Medicaid luego de las fechas de los servicios
- i Encarcelamiento
- i Circunstancias militares especiales

Si se determina presuntamente que un paciente es elegible para recibir menos que la ayuda financiera más generosa, el hospital notificará al paciente el motivo de dicha determinación presunta, cómo solicitar una ayuda más generosa, le dará al paciente una cantidad de tiempo razonable para solicitar una ayuda más generosa y tendrá una determinación luego de que reciba una solicitud completa de ayuda más generosa.



LISTA DE PROVEEDORES EN EL HOSPITAL

Hudson debe enumerar a todos los proveedores, además del hospital en sí mismo, que brindan servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios en el hospital, y especificar qué proveedores están cubiertos por esta Política y quiénes no lo están. Esta lista de proveedores se mantiene en un documento distinto. Los pacientes pueden ver este documento en línea visitando www.hudsonhospital.org o solicitar una copia impresa comunicándose con el personal de Servicios Financieros para el Paciente al 715-531-6200.

POLÍTICA DE ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA

Hudson Hospital brinda atención, sin discriminación, para afecciones médicas de emergencia a pacientes, sin importar su capacidad de pago o su elegibilidad para recibir ayuda financiera. El Hospital prohíbe cualquier acción que disuada a los pacientes de buscar atención médica de emergencia. Algunos ejemplos de conductas prohibidas incluyen los siguientes: un empleado o agente del Hospital que demanda a los pacientes del departamento de emergencia que paguen antes de recibir el tratamiento de atención médica de emergencia, o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión de atención médica de emergencia.

Hudson Hospital debe cumplir con todos los requisitos aplicables de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y de Trabajo (Emergency Medical Treatment & Labor Act, EMTALA), incluida la realización de exámenes de pruebas médicas, tratamientos de estabilización y remisión o transferencia del paciente a otro centro, si corresponde. Hudson Hospital debe brindar todos los servicios de emergencia de acuerdo con las condiciones de participación de los CMS.

POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRO DISTINTA

Las medidas que el Hospital puede tomar en caso de falta de pago se describen en una Política de Facturación y Cobro distinta. Puede consultar y descargar una copia gratuita de la Política de Facturación y Cobro del Hospital en nuestro sitio web: www.hudsonhospital.org