

I. PROPÓSITO

Mental Health Emergency Center y sus afiliados (colectivamente MHEC) están comprometidos a cuidar la salud y el bienestar de todos los pacientes sin importar su capacidad de pago. El propósito de esta política es esbozar el programa y los requisitos de Asistencia financiera (*Financial Assistance*) de MHEC basado en la necesidad. Esta política describe el procedimiento, los requisitos y los criterios de elegibilidad relativos al Programa de asistencia financiera (*Financial Assistance Program*) de MHEC.

II. ALCANCE

Esta política se aplica a los servicios médicos facturados por una entidad de MHEC o un Proveedor participante (*Participating Provider*) que hayan sido proporcionados por MHEC, un profesional médico empleado por MHEC o un Proveedor participante.

III. DEFINICIONES/ABREVIATURAS

Montos generalmente facturados (*Amounts Generally Billed*, AGB): La cantidad generalmente facturada por atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios a los pacientes de MHEC que tienen seguro médico se calcula usando el Porcentaje de AGB (*AGB Percentage*) multiplicado por los Costos brutos.

Porcentaje de AGB (*AGB Percentage*): El porcentaje de descuento de AGB se calcula utilizando el método "retrospectivo", que es la suma de los montos de todos sus reclamos por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que han sido permitidos por Medicare pago por servicio y aseguradoras de salud privadas divididas por el total de Costos brutos por esas reclamaciones durante un período de 12 meses. MHEC calcula el Porcentaje de AGB al menos una vez al año. Las personas pueden obtener información sobre el cálculo del Porcentaje de AGB sin cargo llamando al 414-441-9670

Paciente elegible (*Eligible Patient*): Un paciente de MHEC que cumple con los requisitos de Elegibilidad para asistencia financiera (*Financial Assistance* *Eligibility*) que se proporcionan en esta Política.

Servicios elegibles (*Eligible Services*): Servicios de urgencia médica y/o servicios necesarios médicamente que son facturados por MHEC o un Proveedor participante que no son electivos y son necesarios para prevenir la muerte o efectos adversos para la salud de un paciente. Los servicios y procedimientos electivos, preventivos y/o de rutina no se consideran Servicios elegibles. Otros servicios médicos que no se consideran Servicios elegibles son, entre otros, los procedimientos estéticos, medicina complementaria, servicios de fertilidad, servicios de Salud Ocupacional y servicios de tipo particular, y otros servicios que ya tienen un acuerdo específico de precios globales/de paquetes. La determinación final de si la atención médica se considera urgente y/o médicamente necesaria será hecha por el médico examinador.

Nivel federal de pobreza (*Federal Poverty Level*, FPL): Los umbrales de ingreso familiar aplicables establecidos periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de 42 U.S.C. § 9902(2) (*U.S. Department of Health and Human Services under authority of 42 U.S.C. §9902(2)*).

Defensores financieros (*Financial Advocates*): Miembros del equipo de MHEC ubicados en MHEC que ayudan a los Pacientes sin seguro (*Uninsured Patients*) o con seguro insuficiente al revisar la situación actual del paciente para determinar los Programas de asistencia financiera disponibles, ayudar a esos pacientes con la inscripción en los programas disponibles, educar a los pacientes sobre el costo de la atención y ayudar a los pacientes con el manejo general de la responsabilidad financiera de los pacientes.

Costo bruto (*Gross Charges*): El precio total establecido para la atención médica que MHEC cobra de manera consistente y uniforme a todos los pacientes antes de aplicar cualquier asignación, descuento o deducción contractual.

Paciente con seguro (*Insured Patient*): Un paciente que está cubierto total o parcialmente por una póliza de seguro médico, ya sea público o privado.

Proveedores participantes (*Participating Providers*): Proveedores de atención médica que han acordado cumplir con esta Política con respecto a los servicios facturables proporcionados en MHEC. Se adjunta una lista de todos los Proveedores participantes. Se puede contactar directamente a cualquier proveedor que no figure en este documento para ver si es un Proveedor participante.

Resumen en lenguaje sencillo (*Plain Language Summary*, PLS): Un resumen de esta Política que incluye la información descrita en la Sección V(A)(2) de esta Política.

Presunción de elegibilidad (*Presumptive Eligibility*): Una determinación de Elegibilidad para asistencia financiera hecha en referencia a criterios específicos que se ha considerado que demuestran la necesidad financiera de un Paciente sin seguro sin completar una Solicitud de asistencia financiera (*Financial Assistance Application*).

Saldo de pago por cuenta propia (*Self Pay Balance*): La parte de la factura de un paciente que el paciente o el garante del paciente es legalmente responsable de pagar después de los descuentos aplicables.

Paciente sin seguro (*Uninsured Patient*): Un paciente que no está cubierto en su totalidad o en parte por una póliza de seguro de salud y no es beneficiario de un seguro de salud público o privado, u otro programa de cobertura de salud (incluyendo, sin limitación, seguro privado, Medicare, Medicaid o asistencia a las víctimas de crímenes) y cuya lesión no es compensable a los efectos de las indemnizaciones por accidentes de trabajo, seguro de automóvil, de responsabilidad civil o de cualquier otro seguro contra terceros, de conformidad con lo que determine MHEC con base en los documentos y la información provista por el paciente, u obtenido de otras fuentes, para los pagos por los servicios de atención de salud que preste MHEC.

IV. POLÍTICA

A. Descuento de programa de asistencia financiera (*Financial Assistance Program Discount*). Los Pacientes sin seguro que se determinen que son elegibles para el Programa de asistencia financiera recibirán un descuento de 100% en todos los Servicios elegibles. MHEC se asegurará de que los Pacientes elegibles no paguen más que los Montos generalmente facturados (AGB) por esa atención.

B. Criterios de elegibilidad del Programa de asistencia financiera. Para ser elegible para el Programa de asistencia financiera, un Paciente sin seguro debe cumplir con los siguientes criterios de elegibilidad:

1. haber sido tratado por un proveedor de MHEC por su lesión, enfermedad actual o condición/tratamiento; y

2. residir permanentemente en Wisconsin o ser un residente permanente dentro de las ubicaciones geográficas donde MHEC presta sus servicios; y

3. tener un ingreso familiar igual o inferior al 250% del Nivel federal de pobreza vigente en ese momento; y

4. no tener ni ser elegible para un seguro médico público o privado; y

5. solicitar Asistencia financiera dentro de los 240 días del primer estado de cuenta del paciente.

C. Prohibición de los costos brutos (*Prohibition on Gross Charges*). MHEC no cobrará a los Pacientes elegibles los Costos por ningún Servicio elegible.

D. Notificación del programa de asistencia financiera (*Notification of Financial Assistance Program*). MHEC se compromete a ayudar a los pacientes a comprender el proceso de Asistencia financiera. Se notificará y asesorará a cada paciente con respecto a los Programas de asistencia financiera ofrecidos por MHEC, así como también se le informará sobre la acción necesaria para acceder a un Programa de asistencia financiera. Esto puede incluir completar las solicitudes necesarias para calificar para los programas gubernamentales aplicables, trabajar con las agencias gubernamentales para mantener la elegibilidad para los beneficios, completar la Solicitud de asistencia financiera de MHEC y/o completar un calendario de pagos mutuamente acordado para la porción del paciente de su factura médica.

E. Otros recursos de asistencia financiera (*Other Financial Assistance Resources*). Antes de recibir Asistencia financiera a través del Programa de asistencia financiera de MHEC, se deben explorar todas las demás opciones de Asistencia financiera de otras fuentes (por ejemplo, programas o subvenciones federales, estatales o locales).

F. Plazo de solicitud (*Application Deadline*). Si se requiere una solicitud para completar el proceso de aprobación de Asistencia financiera, el solicitante debe presentar toda la documentación requerida dentro de los 30 días posteriores a la solicitud inicial, o la solicitud será denegada.

G. Servicios de emergencia (*Emergency Services*). MHEC deberá prestar, sin discriminación, atención médica de emergencia a las personas, independientemente de si pueden pagar la atención o su elegibilidad según esta Política. Dicha atención se prestará de conformidad con la Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto (*Emergency Medical Treatment and Labor Act*, EMTALA), sección 1867 de la Ley del Seguro Social (*Social Security Act*) (42 U.S.C. 1395dd) y la EMTALA de MHEC.

H. Aplazamiento o denegación de atención (*Deferral or Denial of Care*). MHEC puede aplazar o denegar servicios y procedimientos electivos, preventivos y/o de rutina basado en una evaluación financiera.

I. Incumplimiento en el pago de los saldos de pago por cuenta propia (*Nonpayment of Self Pay Balances*). La Política de cobranza y facturación de MHEC (MHEC *Billing and Collection Policy*) describe las acciones que puede tomar MHEC en caso de que no se paguen los Saldos de pago por cuenta propia. Los miembros del público pueden obtener una copia de la Política de cobranza y facturación de MHEC en su sitio web, mentalhealthmke.org

J. Pago del paciente (*Patient Payment*). Se revisarán los pagos realizados antes de que el paciente solicite la Asistencia financiera para determinar si se debe procesar un reembolso.

K. Cronograma de elegibilidad (*Eligibility Timeline*). La Asistencia financiera y las determinaciones de Presunción elegibilidad entrarán en vigencia retrospectivamente para todos los saldos abiertos elegibles de pago por cuenta propia, y de manera prospectiva hasta por 180 días. Los servicios futuros se revisarán y evaluarán antes o en el momento del servicio para determinar la elegibilidad continua. Los Defensores financieros pueden reevaluar la elegibilidad de un paciente en caso de que un cambio de circunstancias conocido o anticipado pueda afectar la elegibilidad continua.

V. PROCEDIMIENTO O NORMA

A. Notificación de la política de asistencia financiera (*Notification of Financial Assistance Policy*). Para que los pacientes de MHEC, sus familias y la comunidad en general conozcan la disponibilidad de la Asistencia financiera, MHEC ha tomado una serie de medidas para notificar a los pacientes y visitantes sobre la disponibilidad de la Asistencia financiera, y para dar amplia difusión a esta política entre los miembros de la comunidad en general a los que sirve el hospital. Estas medidas incluyen:

1. Asesoría financiera (*Financial Counseling*): La Asesoría financiera está disponible para ayudar a los pacientes que anticipan dificultades para pagar su parte de la factura. Nuestros Defensores financieros hacen todo lo posible para ayudar a los Pacientes sin seguro, o que no tienen seguro suficiente, o que se enfrentan a otros desafíos económicos relacionados con el pago de los servicios de atención de la salud que brindamos. Es posible que los Defensores financieros evalúen a los pacientes para determinar su elegibilidad para una variedad de programas financiados por el gobierno, establezcan un plan de pago a largo plazo o ayuden a los pacientes a solicitar Asistencia financiera.

2. Resumen en lenguaje sencillo (PLS): MHEC tiene un Resumen en lenguaje sencillo (PLS) de esta Política de asistencia financiera (*Financial Assistance Policy*). A todos los pacientes se les ofrecerá una copia impresa del Resumen en lenguaje sencillo (PLS) y una copia impresa de la Solicitud de asistencia financiera a la brevedad posible durante la prestación del servicio. Las copias impresas gratuitas de estos documentos también están disponibles a pedido en el departamento de emergencias y las áreas de registro del hospital, de los Defensores financieros de los sitios, así como por correo. El Resumen en lenguaje sencillo (PLS) incluirá, como mínimo, la siguiente información:

a) Una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la asistencia que ofrece MHEC.

b) Un breve resumen de cómo solicitar asistencia.

c) La dirección directa del sitio web (o URL) y los lugares físicos donde los individuos pueden obtener copias de esta Política y Solicitud de asistencia financiera.

d) Instrucciones sobre cómo obtener una copia gratuita de esta Política y Solicitud de Asistencia financiera por correo.

e) La información de contacto, incluido el número de teléfono y la ubicación física, de la oficina o el departamento de MHEC que puede proporcionar información sobre esta Política y brindar asistencia con el proceso de Solicitud de asistencia financiera.

f) Una declaración de la disponibilidad de traducciones de esta Política, Solicitud de asistencia financiera y Resumen en lenguaje sencillo en otros idiomas, según lo requiere la Política de asistencia financiera y política de atención médica de emergencia - 26 C.F.R § 1.501(r)-4(a)(5)(ii).

g) Una declaración de que a los Pacientes elegibles no se les puede cobrar más que los Montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

3. Disponibilidad de copias traducidas: MHEC ofrece su Política de asistencia financiera, Resumen en lenguaje sencillo, Solicitud de asistencia en inglés y otros idiomas si dichas traducciones son requeridas según la Política de asistencia financiera y política de atención médica de emergencia - 26 C.F.R § 1.501(r)-4(a)(5)(ii). Las copias impresas gratuitas de estos documentos también están disponibles a pedido en el departamento de emergencias y las áreas de registro del hospital, de los Defensores financieros del sitio, así como por correo. Estos documentos traducidos también están disponibles en nuestro sitio web.

4. Señalización: Toda la señalización de Asistencia financiera se colocará de forma clara y visible en lugares visibles para el público, incluidas, entre otras, las áreas de registro de pacientes y del departamento de emergencias de MHEC. La señalización indicará que hay Asistencia financiera disponible y el número de teléfono para comunicarse con un Defensor financiero para obtener más información.

5. Sitio web: Los sitios web de MHEC publicarán un aviso en un lugar destacado en el que se indique que hay Asistencia financiera disponible con una explicación del proceso de solicitar de Asistencia financiera. También estará disponible en el sitio web de MHEC:

a) Política de asistencia financiera (FAP) con una lista de proveedores cubiertos por la FAP.

b) Resumen en lenguaje sencillo (PLS).

c) Solicitud de asistencia financiera.

d) Política de cobranza y facturación (*Billing and Collection Policy*).

6. Facturas y estados de cuenta de los pacientes (*Patient Bills and Statements*): Las declaraciones de los pacientes incluyen un aviso por escrito visible que informa a los destinatarios de la disponibilidad de asistencia financiera cubiertos por la FAP e incluye el número de teléfono del departamento que puede proporcionar información sobre la FAP y el proceso de solicitud de la FAP, y también la dirección directa del sitio web (o URL) donde se pueden obtener copias de los documentos FAP.

B. Proceso de solicitud y determinación de elegibilidad para asistencia financiera (*Application Process and Determination of Financial Assistance Eligibility*). MHEC quiere asegurarse de que cualquier persona que sea elegible para recibir Asistencia financiera la reciba. Los Defensores financieros trabajarán junto con los pacientes para determinar la elegibilidad para recibir Asistencia financiera.

1. Un Defensor financiero realizará una evaluación financiera. Esto puede requerir que el paciente complete una Solicitud de asistencia financiera a menos que el Defensor financiero determine que una solicitud por escrito es innecesaria. Si es necesaria una solicitud por escrito, se le proporcionará al paciente una solicitud por escrito y se le pedirá que proporcione información financiera y prueba de residencia.

a) La información financiera se puede verificar utilizando cualquiera de los siguientes: los formularios W-2 del año fiscal más reciente del paciente, la documentación del impuesto sobre la renta del paciente, declaraciones de desempleo o cartas de apoyo financiero (si no hay ingresos). Si hay más de una persona empleada en la familia del paciente, cada uno puede verificar su información financiera usando estas mismas opciones de verificación.

b) El paciente puede verificar la prueba de residencia presentando dos (2) de los siguientes formularios válidos de identificación que indiquen la misma dirección: Licencia de conducir del estado (u otra tarjeta de identificación con foto, identificación estudiantil o militar), facturas de servicios públicos (gas, electricidad o agua), estados de cuenta bancarios, registros de automóviles o cualquier otra correspondencia recibida de una entidad gubernamental con la fecha y dirección actuales.

2. El Defensor financiero revisará la información recibida del paciente y/o la Solicitud de asistencia financiera por escrito y determinará si el paciente cumple con los requisitos de elegibilidad para Asistencia financiera provistos en esta política.

3. Además de la información obtenida del paciente, los Defensores financieros pueden referir o confiar en las siguientes fuentes externas para determinar si un paciente es elegible para el Programa de asistencia financiera:

a) Evaluación de asistencia financiera de Experian Health (Experian Health *Financial Assistance Screening*).

b) Portal Forward Health de Wisconsin (Wisconsin Forward Health *Portal*) para obtener información sobre asistencia pública.

c) Herramientas de elegibilidad para buscar elegibilidad para cobertura de seguro médico y cobertura de ayuda pública.

4. Se puede hacer una determinación de Presunción de elegibilidad. Los Pacientes sin seguro que califican bajo ciertos programas de asistencia federal y estatal pueden ser considerados con Presunción de elegibilidad para un ajuste de Asistencia financiera del 100% y no se necesita una solicitud. Es posible que MHEC le pida que verifique su elegibilidad si el Defensor financiero no puede verificar su elegibilidad por medios electrónicos. Si el Defensor financiero puede determinar que un paciente tiene Presunción de elegibilidad para recibir Asistencia financiera, no se requiere una solicitud.

Los Criterios de presunción de elegibilidad (*Presumptive Eligibility Criteria*) también pueden demostrarse por las siguientes circunstancias de vida:

a) indigencia.

b) fallecido sin bienes.

c) incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente.

d) encarcelamiento en una institución penal.

e) afiliación a una congregación religiosa y voto de pobreza.

5. Es responsabilidad del paciente cooperar y participar plenamente en el proceso de evaluación y solicitud de Asistencia financiera. Esto incluye proporcionar información sobre cualquier cobertura de salud de terceros disponible; proporcionar de manera oportuna y directa toda la documentación y certificaciones necesarias para solicitar financiación a través del gobierno u otros programas (por ejemplo, Medicare, Medicaid, responsabilidad civil de terceros, financiación de víctimas de delitos, etc.) o para determinar la elegibilidad del paciente para Otros recursos de asistencia financiera. El no hacerlo puede afectar negativamente la consideración de la Solicitud de asistencia financiera del paciente.

6. La elegibilidad previa para Asistencia financiera no se utilizará para determinar la elegibilidad actual para Asistencia financiera.

7. Si se envía una Solicitud de asistencia financiera y está incompleta, un Defensor financiero informará al paciente y le explicará qué información se necesita para completar la solicitud. La información solicitada debe proporcionarse a MHEC dentro de los 30 días posteriores a la solicitud inicial, a menos que se informe a la MHEC sobre circunstancias forzosas.

8. Se notificará al paciente de la determinación de Asistencia financiera ya sea en persona o por correo, según corresponda. Esta notificación incluirá una declaración que informe al paciente que la determinación se tomó después de aplicar los criterios de elegibilidad de la Política de asistencia financiera de MHEC a la situación financiera del paciente.

9. Si se determina que un paciente es elegible para el Programa de asistencia financiera de MHEC, se revisarán los pagos realizados en los Servicios elegibles antes de la solicitud de Asistencia financiera para determinar si se debe procesar un reembolso.

10. Si se determina que un paciente es elegible para el Programa de asistencia financiera de MHEC, el paciente deberá comunicar a MHEC cualquier cambio sustancial en su situación financiera que ocurra durante el período de seis meses después de la aprobación que pueda afectar su estado de elegibilidad. Esta comunicación debe tener lugar dentro de los treinta (30) días posteriores al cambio. El hecho de que un paciente no lo haga puede anular cualquier cantidad de Asistencia financiera proporcionada por MHEC después de que ocurriera el cambio material.

11. Si se determina que un paciente no es elegible para el Programa de asistencia financiera de MHEC, un Defensor financiero trabajará con el paciente para crear un plan de pago para resolver el Saldo restante de pago propio del paciente. Estos Saldos de pago por cuenta propia están sujetos a la Política de cobranza y facturación (*Billing and Collections Policy*) de MHEC.

C. Asistencia en caso de catástrofe (*Catastrophic Assistance*). Los pacientes que MHEC determine que son elegibles para recibir Asistencia en caso de catástrofe pueden recibir un descuento en la Atención episódica (*Episodic Care*) equivalente al monto del Saldo de pago por cuenta propia que exceda el 25% del Ingreso neto ajustado anual (*Annual Adjusted Net Income*) del paciente. Los pacientes elegibles se someterán a una revisión de Asistencia financiera por determinar el descuento aplicable y el plan de pago. Los Saldos de pago por cuenta propia restantes después de que se aplique el descuento de Asistencia financiera estarán sujetos a las pautas de pago estándar de MHEC. En caso de que el paciente no cumpla con un plan de pago, el Saldo de pago por cuenta propia restante quedará sujeto a la Política de cobranza y facturación de MHEC. Para ser elegible para Asistencia en caso de catástrofe, un paciente debe:

1. tener un Saldo de pago por cuenta propia que exceda los $ 25,000; y

2. tener un Saldo de pago por cuenta propia que exceda el 25% del Ingreso neto ajustado anual del paciente; y

3. someterse a una evaluación de Asistencia financiera y completar una Solicitud de Asistencia financiera con la documentación financiera correspondiente.

VI. REFERENCIAS CRUZADAS

Política de cobranza y facturación (*Billing and Collection Policy*) de MHEC

Ley de tratamiento médico de emergencia y trabajo de parto (*Emergency Medical Treatment and Labor Act*, EMTALA) de MHEC

Resumen en lenguaje sencillo (*Plain Language Summary*, PLS)

VII. RECURSOS Y REFERENCIAS

26 U.S.C. § 501(r)

Ley del Seguro Social (*Social Security Act*) §1867

VIII. ANEXOS

Lista de proveedores