



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN RESUMEN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

El Orthopaedic Hospital of Wisconsin (“OHOW”) tiene un compromiso asumido y respeto por la dignidad de cada persona con una preocupación especial por aquellos que tienen obstáculos para acceder a los servicios de atención médica. El OHOW tiene un compromiso equivalente para administrar los recursos de atención médica como un servicio para la comunidad entera. En aras de la consecución de estos principios, el OHOW proporciona asistencia financiera a determinadas personas que reciben atención médicamente necesaria de OHOW. Este resumen proporciona una visión general de la Política de Asistencia Financiera del OHOW.

¿Quién es elegible?

Es posible que reciba asistencia financiera si no está asegurado. La asistencia financiera suele determinarse a través de su ingreso familiar total en comparación con el Nivel Federal de Pobreza o FPL. Si su ingreso es menor o igual al 250 % del FPL, recibirá una atención de caridad al 100 % cancelada con los cargos del hospital. Si su ingreso es mayor del 250 % del Nivel Federal de Pobreza pero no excede el 400 % del FPL, puede recibir las tasas descontadas en una escala proporcional. Los pacientes que son elegibles para recibir asistencia financiera no tendrán que pagar más que los montos generalmente facturados a los pacientes con cobertura de seguros.

¿Qué servicios están cubiertos?

La Política de Asistencia Financiera se aplica a los servicios de atención médicamente necesarios. Estos términos se definen en la Política de Asistencia Financiera.

¿Cómo puedo solicitarla?

Para solicitar ayuda financiera, por lo general se completa una solicitud por escrito y se presenta documentación de respaldo, como se describe en la Política de Asistencia Financiera y en la Solicitud de la Política de Asistencia Financiera.

¿Cómo hago para obtener ayuda con la solicitud?

Para obtener ayuda con una solicitud de la Política de Asistencia Financiera, puede comunicarse con el departamento de servicios financieros del OHOW, llamando al 414 961-6803.

¿Cómo hago para obtener más información?

Hay copias de la Política de Asistencia Financiera y de su formulario de solicitud disponibles en OHOW.com o estas pueden obtenerse solicitándolas por correo a la siguiente dirección:

Orthopaedic Hospital of Wisconsin
Atn.: Financial Services
475 W. River Woods Parkway
Glendale, WI 53212

También se encuentra disponible información adicional sobre la Política de Asistencia Financiera; para eso, llame a Servicios Financieros del OHOW, al 414 961-6803.



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
Junio de 2016

POLÍTICA:

Es política del Orthopaedic Hospital of Wisconsin (“OHOW”) asegurar una práctica socialmente justa para proporcionar atención médicamente necesaria en las instalaciones del OHOW. Esta política está diseñada específicamente para hacer frente a la elegibilidad de asistencia financiera para aquellos pacientes que necesitan recibir asistencia financiera y reciben atención del OHOW.

1. Toda la ayuda financiera reflejará nuestro compromiso y respeto por la dignidad humana individual y el bien común, nuestra especial preocupación y solidaridad con las personas que viven en la pobreza y otras personas vulnerables, y nuestro compromiso con la justicia distributiva y la gestión.
2. Esta política se aplica a todos los servicios médicamente necesarios que ofrece el OHOW. Esta política no se aplica a los acuerdos de pago de procedimientos electivos u otra atención que no sea médicamente necesaria.
3. En la Lista de proveedores cubiertos por la Política de Asistencia Financiera, se proporciona una lista de proveedores que prestan servicios de atención dentro de las instalaciones del OHOW; en ella se especifica cuáles están cubiertos por la Política de asistencia financiera y cuáles no.

DEFINICIONES:

“**501(r)**”: se refiere a la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y los reglamentos promulgados en virtud de este.

“**Cantidad generalmente facturada**” o “**AGB**”: se refiere, con respecto a la atención médicamente necesaria, a la cantidad que por lo general se factura a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.

“**Comunidad**”: se refiere a los condados de Milwaukee y Ozaukee.

“**Atención médicamente necesaria**”: se refiere a la atención que se determina como médicamente necesaria luego de la decisión con mérito clínico de un proveedor matriculado. En caso de que un médico revisor determine que la atención solicitada por un Paciente cubierto por esta política no es médicamente necesaria, dicha determinación también debe ser confirmada por el médico que se encargó de la admisión o derivación.

“**Paciente**” se refiere a aquellas personas no aseguradas que reciben atención médicamente necesaria en el OHOW y la persona financieramente responsable por la atención del paciente.

1. Asistencia financiera provista

- 1.1. Los pacientes con ingresos menores o iguales al 250 % del Nivel Federal de Pobreza ("FPL") serán elegibles para recibir atención de caridad al 100 % deducida en proporción a los cargos por los servicios por los cuales el paciente es responsable.
- 1.2. Como mínimo, los pacientes con ingresos por encima del 250 % del FPL pero que no superan el 400 % de ese índice recibirán un descuento de escala móvil en proporción a los cargos de los servicios prestados por los que el paciente es responsable luego del pago de la aseguradora, en caso de corresponder. A un Paciente elegible para el descuento de escala móvil no se le cobrará más que los costos calculados de AGB. El descuento de escala móvil es el siguiente:

Tamaño de la familia	Nivel de asistencia de la atención de caridad y % del FPL			
	100 %	90 %	80 %	67 %
	250 %	300 %	350 %	400 %
	Nivel máximo de ingreso			
1	\$ 29.700	\$ 35.640	\$ 41.580	\$ 47.520
2	\$ 40.050	\$ 48.060	\$ 56.070	\$ 64.080
3	\$ 50.400	\$ 60.480	\$ 70.560	\$ 80.640
4	\$ 60.750	\$ 72.900	\$ 85.050	\$ 97.200
5	\$ 71.100	\$ 85.320	\$ 99.540	\$ 113.760
6	\$ 81.450	\$ 97.740	\$ 114.030	\$ 130.320
7	\$ 91.825	\$ 110.190	\$ 128.555	\$ 146.920
8	\$ 102.225	\$ 122.670	\$ 143.115	\$ 163.560
9	\$ 112.625	\$ 135.150	\$ 157.675	\$ 180.200
10	\$ 123.025	\$ 147.630	\$ 172.235	\$ 196.840

- 1.3. Los Pacientes con necesidades financieras demostradas con ingresos mayores del 400 % del FPL pueden ser elegibles para una "Prueba de medios" y recibir un descuento de los cargos por servicios del OHOW en función de una evaluación sustancial de su capacidad de pago. A un paciente elegible para el descuento de la "Prueba de medios" no se le cobrará más que los costos calculados AGB.
- 1.4. A los Pacientes que son elegibles para recibir atención de caridad al 100 % se les podría cobrar una tarifa plana nominal de hasta \$ 0 por los servicios.
- 1.5. La elegibilidad para asistencia financiera puede determinarse en cualquier punto del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de la calificación presunta para determinar la elegibilidad a pesar de que el solicitante no complete una solicitud de asistencia financiera ("Solicitud de FAP").
- 1.6. La elegibilidad para asistencia financiera debe determinarse a partir del saldo por el cual es responsable el paciente con necesidad financiera.
- 1.7. Las obligaciones de las que se libera mediante procedimientos de quiebra se clasificarán como atención de caridad. La liberación por quiebra se considerará documentación adecuada para acreditar que el garante califica para recibir atención de caridad.

2. Otra ayuda para los pacientes que no califican para recibir asistencia financiera

Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera, según se describió anteriormente, igualmente pueden calificar para recibir otros tipos de asistencia ofrecidos por el OHOW. En aras de la integridad, se enumeran estos otros tipos de asistencia aquí, a pesar de no basarse en las necesidades y no estar sujetos al 501(r), pero se incluyen aquí para conveniencia de la comunidad a la que sirve el OHOW.

- 2.1. Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera recibirán un descuento del 20 % por pago propio.
- 2.2. Los pacientes que no son elegibles para recibir asistencia financiera pueden recibir un descuento del 20 % por pronto pago. El descuento por pronto pago puede ofrecerse además del descuento sin seguro descrito en el párrafo inmediato precedente.
- 2.3. Los Pacientes asegurados y no asegurados, con un ingreso superior al 400 % del FPL, pueden recibir asistencia en función de una "Prueba de medios".

3. Limitaciones sobre el cobro a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera

- 3.1. A los pacientes elegibles para recibir Asistencia Financiera no se les cobrará de manera individual más que la AGB por la atención médicamente necesaria, y no más que los costos brutos por toda su atención médica. El OHOW calcula una o más AGB mediante el método "retroactivo" e incluyendo el cargo por servicios de Medicare y todas las compañías de seguros médicos privados que pagan las reclamaciones al OHOW, todo ello de acuerdo con el 501(r). Puede obtener una copia gratuita de la descripción del cálculo de la AGB y de los porcentajes si lo solicita por correo a la siguiente dirección:

Orthopaedic Hospital of Wisconsin
Atn.: Chief Financial Officer
475 W. River Woods Pkwy
Glendale, WI 53212

4. Cómo solicitar asistencia financiera

- 4.1.1. Un Paciente puede calificar para recibir asistencia financiera por elegibilidad por calificación presunta o por solicitud de asistencia financiera, realizada mediante envío de una Solicitud de FAP completa. Puede denegarse asistencia financiera a un paciente si este proporciona información falsa en una Solicitud de FAP o en relación con el proceso de elegibilidad de puntuación presunta. Se encuentran disponibles las Instrucciones de Presentación de Solicitud de FAP y la Solicitud de FAP para servicios relacionados con el hospital en nuestro sitio web ohow.com o llamando al (414)961- 6803.

5. Facturación y cobro

- 5.1. Las medidas que el OHOW pueda tomar en caso de falta de pago se describen en una política de facturación y cobro por separado. Puede obtener una copia gratuita de la política de facturación y cobro si lo solicita por correo a la siguiente dirección:

Orthopaedic Hospital of Wisconsin
Atn.: Chief Financial Officer
475 W. River Woods Pkwy
Glendale, WI 53212

6. **Interpretación**

- 6.1. Esta política está destinada a cumplir con la Sección 501(r), salvo que se indique lo contrario de manera específica. Esta política, junto con todos los procedimientos aplicables, deberá interpretarse y aplicarse de conformidad con el 501(r) salvo que se indique específicamente lo contrario.



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Gracias por escoger el Orthopaedic Hospital of Wisconsin para sus necesidades médicas. Ha expresado su interés en enviar una solicitud para el programa de asistencia financiera del Orthopaedic Hospital of Wisconsin.

Para ser considerado, debemos recibir los siguientes documentos en nuestra oficina:

- **Solicitud completa que incluya la firma y la fecha.**
- **Evidencia de ingreso mensual actual del paciente/garante y su cónyuge, que incluya: empleo actual, manutención infantil, pensión alimenticia, subsidio por desempleo, indemnización por accidentes laborales, seguro social, pensión, ingreso por retiro, otros intereses o dividendos.**
- **Ingreso por alquiler de propiedades**
- **Evidencia de asistencia gubernamental, incluidos vales de comida, vivienda subsidiada o Programa de mujeres, bebés y niños (WIC).**
- **Copia completa de la declaración jurada de ganancias federal y estatal más reciente, incluidos todos los anexos.**
- **Copia vigente de resúmenes de cuenta corriente y cuenta de ahorro, que muestre el saldo actual.**
- **Evidencia de bienes actuales, que incluya: Certificados de depósito, valores, seguro de vida, otro patrimonio en bienes raíces.**
- **Carta de declaración completa, si lo están asistiendo con los gastos de la vida diaria.**

NO envíe los documentos de respaldo originales.

Si no proporciona una solicitud completa y la documentación de respaldo solicitada para la fecha identificada, su solicitud será denegada de inmediato.

La asistencia financiera no es un plan de seguro. La asistencia financiera puede ayudar con las facturas del Orthopaedic Hospital of Wisconsin a los pacientes no asegurados. Si se rehúsa a solicitar los programas gubernamentales para los que califica, se denegará de inmediato su solicitud de asistencia financiera. Recibirá su determinación en el término de 10 días de la recepción de la solicitud de asistencia financiera completa y la documentación de respaldo.

La asistencia financiera no cubre los siguientes servicios:

- **Deducibles o copagos del seguro.**
- **Gastos por litigación (procedimientos legales tales como indemnización por accidentes laborales, accidentes de tránsito, etc.).**
- **Grupos de facturación externos, incluidos otros hospitales, clínicas, laboratorios, servicios de médicos y transporte en ambulancia.**

Llame al 414 961-6803 si tiene alguna pregunta



Solicitud de atención comunitaria del Orthopaedic Hospital of Wisconsin

Para proporcionar información adicional sobre familiares o empleo de familiares, utilice el reverso de la solicitud.

<u>El número de historia clínica y el número de cuenta deben ser completados por el personal del hospital</u>		Número de historia clínica:	Número(s) de cuenta:
Proporcione la siguiente información de manera completa y precisa. La información queda sujeta a verificación Todos los campos deben estar completados; si no corresponde, indique N/C			
Nombre del solicitante (primero, segundo, apellido):		Número del seguro social:	Fecha de nacimiento:
Dirección:		Números de teléfono: Casa: () Trabajo: ()	Celular: ()
Ciudad/estado/código postal:		¿Tiene cobertura de un plan de seguro de salud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
		Nombre del seguro	
Si está casado, incluya la información de su cónyuge y sus hijos menores de edad	Fecha de nacimiento de cada uno:	Número del seguro social:	Relación con el paciente:
1.			
2.			
3.			
Ingreso: Mensual (del paciente y su cónyuge, si está casado) o padre y madre, si el solicitante es menor de edad		Para empleadores adicionales, escriba al reverso	
Ingreso familiar (bruto) (W2 o 1099) Incluye ingreso por desempleo	\$	Empleador (solicitante) o Padre/madre (si es menor de edad)	Número de teléfono
Pensión/seguro social/ingreso por discapacidad	\$	Fecha de contratación	Fecha de finalización
Manutención infantil/pensión alimenticia recibidas Adjunte evidencia de manutención mensual	\$	Empleadores adicionales en el año calendario	Número de teléfono
Ingreso por alquiler de propiedades	\$	Fecha de contratación	Fecha de finalización
Bienes: Saldo de la cuenta corriente/de ahorro No incluya los saldos de cuentas de jubilación	\$		
Información del empleo del cónyuge	Número de teléfono	Información adicional del empleo del cónyuge para el año calendario	Número de teléfono
Fecha de contratación	Fecha de finalización	Fecha de contratación	Fecha de finalización

Certifico que la información que se proporciona más arriba es una declaración precisa y verdadera de mi información financiera. También certifico que este paciente no cuenta con otra cobertura de seguro adicional que no sea la que se enumeró al momento de registrarse. Comprendo que brindar información falsa conlleva la denegación de la solicitud de cualquier tipo de asistencia financiera por parte del Orthopaedic Hospital of Wisconsin. Si tengo derecho a alguna acción o conciliación de parte de terceros pagadores, realizaré toda acción necesaria o requerida por el Orthopaedic Hospital of Wisconsin para obtener dicho reembolso y lo cederé al Orthopaedic Hospital of Wisconsin, y tras su recepción, le pagaré al Orthopaedic Hospital of Wisconsin todos los montos recuperados hasta el monto total del saldo impago de mi factura. Si no solicito dicho reembolso o no continúo con el proceso de solicitud hasta el final o no realizo las acciones razonablemente necesarias o requeridas por el Orthopaedic Hospital of Wisconsin, esto podría conllevar la denegación de esta solicitud. También autorizo al Orthopaedic Hospital of Wisconsin a comprobar mi historial crediticio por medio de la oficina de crédito, de ser necesario.

Se debe devolver la solicitud completa para ser considerado.

**Envíela al Orthopaedic Hospital of Wisconsin
475 W. River Woods Parkway
Glendale, WI 53212
Atn.: Chief Financial Officer**

Se podría denegar y devolver una solicitud incompleta por falta de información.

Firma del paciente (parte responsable)

Fecha

Uso administrativo únicamente

Firma de los aprobadores _____ Fecha: _____



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA
 Junio de 2016

De acuerdo con Reg. Sec. 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F) y el Aviso 2015-46, en esta lista se especifica qué proveedores de atención médicamente necesaria brindada en las instalaciones del hospital están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera (FAP). Los procedimientos electivos y otra atención que no sea atención médicamente necesaria no están cubiertos por la FAP para ningún proveedor.

Proveedores cubiertos por FAP	Proveedores no cubiertos por FAP
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin 	<ul style="list-style-type: none"> • Blount Orthopaedic Associates
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin Cedarburg Physical Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> • Hand Surgery LTD
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin Shorewood Physical Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Consultants
	<ul style="list-style-type: none"> • Milwaukee Hand Center
	<ul style="list-style-type: none"> • Milwaukee Orthopaedic Group, Ltd.
	<ul style="list-style-type: none"> • Wisconsin Bone & Joint, SC
	<ul style="list-style-type: none"> • Milwaukee Spinal Specialists
	<ul style="list-style-type: none"> • Aspen Orthopaedic & Rehabilitation Specialists, SC
	<ul style="list-style-type: none"> • Watertown Pain Consultants, SC
	<ul style="list-style-type: none"> • John A. Roffers, MD SC
	<ul style="list-style-type: none"> • Advanced Pain Management
	<ul style="list-style-type: none"> • Glendale Anesthesia Associates
	<ul style="list-style-type: none"> • Wisconsin Radiology Specialists
	<ul style="list-style-type: none"> • Medical College of Wisconsin