



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN RESUMEN DE LA POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

Orthopaedic Hospital of Wisconsin (“OHOW”) mantiene un compromiso y respeto por la dignidad de cada persona con particular atención en aquellos que luchan contra barreras para acceder a los servicios de atención de salud. OHOW tiene el mismo compromiso de administrar sus recursos de atención de salud como un servicio para toda la comunidad. En apoyo a estos principios, OHOW entrega ayuda financiera a ciertas personas que reciben atención médicamente necesaria por parte de OHOW. Este resumen entrega una breve descripción general sobre la Política de ayuda financiera (PAF) de OHOW.

¿Quién cumple los requisitos?

Usted podría obtener ayuda financiera si no tiene seguro médico. Generalmente, la ayuda financiera se determina según el ingreso total de su hogar comparado con el nivel de pobreza federal. Si su ingreso es igual o inferior al 250% del nivel de pobreza federal, recibirá un descuento por atención de beneficencia del 100% de sus gastos hospitalarios. Si su ingreso es superior al 250% del nivel de pobreza federal pero no supera el 400% del nivel de pobreza federal, podría tener tarifas con descuentos según una escala móvil. Los pacientes que cumplen los requisitos para obtener ayuda financiera no tendrán cobros superiores a los facturados generalmente a pacientes con cobertura de seguro médico.

¿Cuáles son los servicios que tienen cobertura?

La Política de ayuda financiera aplica a toda la atención médicamente necesaria. Estos términos están definidos en la Política de ayuda financiera.

¿Cómo puedo solicitarla?

Para solicitar ayuda financiera, normalmente debe completar una solicitud escrita y entregar documentación complementaria según se describe en la Política de ayuda financiera y en la solicitud de la Política de ayuda financiera.

¿Cómo puedo obtener ayuda con la solicitud?

Para obtener ayuda con la solicitud de la Política de ayuda financiera, puede comunicarse con el Departamento de Servicios Financieros de OHOW al 414 961-6880.

¿Cómo puedo obtener mayor información?

Hay copias de la Política de ayuda financiera y del formulario de solicitud de la Política de ayuda financiera disponibles en OHOW.com o las puede obtener si envía una solicitud por correo a:

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

También puede obtener información adicional sobre la Política de ayuda financiera si llama a Servicios Financieros de OHOW al 414 961-6880.



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA
Agosto 2019

POLÍTICA:

Es la política de Orthopaedic Hospital of Wisconsin (“OHOW”) garantizar una práctica socialmente justa para entregar atención médicamente necesaria en las instalaciones de OHOW. Esta política está diseñada específicamente para abordar la elegibilidad para ayuda financiera de pacientes que necesitan ayuda financiera y reciban atención en OHOW.

1. El total de la ayuda financiera refleja nuestro compromiso y devoción por la dignidad humana y el bien común, nuestra preocupación especial y solidaridad con las personas que viven en condiciones de pobreza y aquellas personas en situación de vulnerabilidad y nuestro compromiso con entregar justicia distributiva y protección.
2. Esta política aplica a todos los servicios médicamente necesarios prestados por OHOW. Esta política no se aplica a acuerdos de pago por procedimientos optativos u otros tipos de atención que no son médicamente necesarios.
3. La Lista de proveedores cubiertos por la Política de ayuda financiera (Anexo B) es una lista de todos los proveedores que entregan atención en las instalaciones de OHOW que especifica los proveedores cubiertos por la política de ayuda financiera y los que no están cubiertos.

DEFINICIONES:

“501(r)”: significa Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y las normas promulgadas en virtud del mismo.

“Cantidad generalmente facturada o AGB”: (AGB, Amount Generally Billed) significa, en relación con la atención de emergencia o cualquier otro tipo de atención médicamente necesaria, la cantidad generalmente facturada a personas con seguro que cubre dicha atención.

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

“Atención médicamente necesaria”: se refiere a la atención determinada como médicamente necesaria según la determinación basada en el fundamento clínico realizada por un proveedor autorizado. 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 realiza el ingreso o la derivación.

“Paciente”: se refiere a las personas sin seguro que reciben atención médicamente necesaria en OHOW y la persona responsable financieramente por la atención del paciente.

1. Ayuda financiera entregada

- 1.1. Los pacientes con un ingreso igual o inferior al 250% del nivel de pobreza federal (FPL, Federal Poverty Level) cumplen los requisitos para recibir un descuento por atención de beneficencia del 100% sobre esa parte de los cobros por los servicios que sean responsabilidad del paciente.
- 1.2. Como mínimo, los pacientes con ingresos superiores al 250% del FPL pero que no superan el 400% del FPL recibirán un descuento según una escala móvil sobre esa parte de los cobros por servicios prestados que sean responsabilidad del paciente después del pago de la compañía de seguros, si hubiese. Un paciente que cumpla los requisitos para el descuento según una escala móvil no tendrá cobros superiores a los cobros AGB calculados. El descuento según una escala móvil es el siguiente:

	Nivel de ayuda de atención de beneficencia y % de FPL			
Grupo familiar	100%	90%	80%	67%
	250%	300%	350%	400%
	Nivel de ingresos no superior			
1	\$ 31,225	\$ 37,470	\$ 43,715	\$ 49,960
2	\$ 42,275	\$ 50,730	\$ 59,185	\$ 67,640
3	\$ 53,325	\$ 63,990	\$ 74,655	\$ 85,320
4	\$ 64,375	\$ 77,250	\$ 90,125	\$ 103,000
5	\$ 75,425	\$ 90,510	\$ 105,595	\$ 120,680
6	\$ 86,475	\$ 103,740	\$ 121,065	\$ 138,360
7	\$ 97,525	\$ 117,030	\$ 136,535	\$ 156,040
8	\$ 108,575	\$ 130,290	\$ 152,005	\$ 173,720
9	\$ 119,625	\$ 143,550	\$ 167,475	\$ 191,400
10	\$ 130,675	\$ 156,810	\$ 182,945	\$ 209,080

- 1.3. Los pacientes con necesidades financieras comprobadas con ingresos superiores al 400% del FPL podrían cumplir los requisitos para ser considerados sujeto a una "Evaluación de recursos" para cierto descuento en los cobros por servicios prestados por OHOW de acuerdo con una evaluación de fondo de su capacidad de pago. Un paciente que cumpla los requisitos para un descuento sujeto a una "evaluación de recursos" no tendrá cobros superiores a los cobros AGB calculados.
- 1.4. Los pacientes que cumplen los requisitos para obtener el 100% de atención de beneficencia podrían tener un cobro de una tarifa plana simbólica de hasta \$0 por los servicios.
- 1.5. La elegibilidad para obtener ayuda financiera se puede determinar en cualquier momento del ciclo de ingresos y puede incluir el uso de un puntaje presunto para determinar la elegibilidad a pesar de que el solicitante no completara una solicitud de ayuda financiera ("Solicitud PAF")

- 1.6. La elegibilidad para obtener ayuda financiera se debe determinar para cualquier saldo que sea responsabilidad del paciente con necesidades financieras.
- 1.7. Las obligaciones exentas mediante procedimientos de quiebra serán clasificadas como atención de beneficencia. La exención por quiebra será considerada documentación apropiada de que el garante califica para atención de beneficencia.

2. **Otros tipos de ayuda para pacientes que no cumplen los requisitos para ayuda financiera**

Los pacientes que no cumplen los requisitos para obtener ayuda financiera, como se describe anteriormente, pueden calificar para otros tipos de ayuda que ofrece OHOW. Para asegurar la integridad, los siguientes son otros tipos de ayuda, aunque no se basan en la necesidad y no quedan sujetos a la sección 501(r), sin embargo, se incluyen en el presente para el beneficio de la comunidad atendida por OHOW.

- 2.1. Los pacientes que no cumplen los requisitos para obtener ayuda financiera recibirán un 20% de descuento por pago por cuenta propia.
- 2.2. Los pacientes que no cumplen los requisitos para obtener ayuda financiera recibirán un 20% de descuento por pago oportuno. El descuento por pago oportuno se puede ofrecer además del descuento a personas sin seguro que se describe en el párrafo inmediatamente anterior.
- 2.3. Los pacientes con y sin seguro con ingreso superior al 400% del FPL pueden recibir ayuda en base a una "Evaluación de recursos".

3. **Limitaciones en los cobros a pacientes que cumplen los requisitos para obtener ayuda financiera**

- 3.1. Los pacientes que cumplen los requisitos para obtener ayuda financiera no tendrán cobros individuales superiores a la AGB por atención médicamente necesaria y estos no serán superiores a los cobros brutos por cualquier otra atención médica. OHOW calcula una o más AGB con un método "retroactivo" e incluye Medicare con cargo por servicio y todas las compañías de seguro privadas que pagan reclamaciones a OHOW en conformidad con la Sección 501(r) (Anexo A). Para obtener una copia gratuita de la descripción del cálculo de AGB y los porcentajes debe enviar una solicitud a:

Orthopaedic Hospital of Wisconsin
Attn: Chief Financial Officer
475 W. Riverwoods Pkwy
Glendale, WI 53212

4. **Solicitud de ayuda financiera**

4.1.1. Un paciente puede calificar para obtener ayuda financiera a través de la determinación de la elegibilidad según un puntaje presunto o puede solicitar ayuda financiera mediante la presentación de una Solicitud PAF. Se podría denegar la ayuda financiera a un paciente si presenta información falsa en su Solicitud PAF o en relación con el proceso de determinación de la elegibilidad según un puntaje presunto. La Solicitud PAF y las Instrucciones de Solicitud PAF están disponibles para servicios relacionados con el hospital a través del teléfono (414)961-6880 o puede descargar los documentos desde nuestro sitio web (ohow.com).

5. **Facturación y cobranza**

5.1. Las medidas que OHOW podría tomar en caso de no pago están descritas en una Política de facturación y cobranza separada (Anexo C). Para obtener una copia gratuita de la Política de facturación y cobranza debe enviar una solicitud a:
Orthopaedic Hospital of Wisconsin
Attn: Chief Financial Officer
475 W. Riverwoods Pkwy
Glendale, WI 53212

6. **Interpretación**

6.1. Esta política está diseñada para cumplir con la sección 501(r), salvo cuando se indique específicamente. Esta política, en conjunto con todos los procedimientos correspondientes, se debe interpretar y aplicar en conformidad con la sección 501(r), salvo cuando se indique específicamente.



Anexo A

**ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
CÁLCULO DE LA CANTIDAD GENERALMENTE FACTURADA
Agosto 2019**

Orthopaedic Hospital of Wisconsin calcula el porcentaje de AGB con un método “retroactivo” e incluye Medicare con cargo por servicio y todas las compañías de seguro privadas que pagan reclamaciones a OHOW en conformidad con las Secciones 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) y 1.501(r)-5(b)(3)(iii) de la Norma del IRS. A continuación, se describen los detalles del cálculo y del porcentaje de AGB.

El porcentaje de AGB para OHOW es el siguiente:

AGB: 44%

Para calcular este porcentaje de AGB se divide la suma de las cantidades de todas las reclamaciones de OHOW por atención médicamente necesaria permitidas por Medicare con cargo por servicio y todas las compañías de seguro privadas que pagan reclamaciones a OHOW por la suma de los cobros brutos relacionados con dichas reclamaciones. Las únicas reclamaciones que se utilizan para determinar el AGB son aquellas permitidas recientemente por una compañía de seguro de salud.



Anexo B

ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN LISTA DE PROVEEDORES CUBIERTOS POR LA POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA Agosto 2019

Según la Sección 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F) de la Norma y el Aviso 2015-46, esta lista indica los proveedores de atención médicamente necesaria entregada en las instalaciones del hospital que están cubiertos por la Política de ayuda financiera (PAF). Los procedimientos optativos y la atención que no sean médicamente necesarios no tienen cobertura de la PAF para ningún proveedor.

Proveedores cubiertos por PAF	Proveedores no cubiertos por PAF
<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 to Shoulder Specialists of Wisconsin
<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"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin New Berlin Physical Therapy 	<ul style="list-style-type: none"> • Milwaukee Hand Center
<ul style="list-style-type: none"> • Orthopaedic Hospital of Wisconsin Greenfield Physical Therapy 	<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



**ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN
POLÍTICA DE FACTURACIÓN Y COBRANZA**

Agosto 2019

POLÍTICA:

Es la política de Orthopaedic Hospital of Wisconsin (“OHOW”) garantizar una práctica socialmente justa para entregar atención médicamente necesaria en OHOW en conformidad con su Política de ayuda financiera (PAF). Esta Política de Facturación y Cobranza está diseñada específicamente para abordar las prácticas de facturación y cobranza para pacientes que necesitan ayuda financiera y reciban atención en OHOW.

Las prácticas de facturación y cobranza refleja nuestro compromiso y devoción por la dignidad humana y el bien común, nuestra preocupación especial y solidaridad con las personas que viven en condiciones de pobreza y aquellas personas en situación de vulnerabilidad y nuestro compromiso con entregar justicia distributiva y protección. Los empleados y funcionarios de OHOW deben comportarse de una forma que refleje las políticas y los valores de un centro patrocinado por la Iglesia Católica, lo que incluye tratar a los pacientes y sus familiares con dignidad, respeto y compasión.

La Política de Facturación y Cobranza aplica a todos los servicios médicamente necesarios prestados por OHOW. La Política de Facturación y Cobranza no se aplica a los acuerdos de pagos por procedimientos optativos.

DEFINICIONES:

“501(r)”: Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y las regulaciones promulgadas en virtud del mismo.

“Período de solicitud”: período dentro del cual se debe presentar una Solicitud PAF en OHOW. El período de solicitud comienza en la fecha que ocurra primero, la fecha en la que se presenta la Solicitud PAF o la fecha de la atención y finaliza en la fecha indicada en un Aviso de finalización del período de solicitud.

“Aviso de finalización del período de solicitud”: un aviso escrito que indica el plazo después del cual OHOW no aceptará ni procesará una Solicitud PAF presentada (o, si corresponde, llenada) por el paciente por la atención prestada en cuestión; dicho plazo indicado en el aviso escrito no será anterior a lo último que ocurra (a) treinta (30) días después de la fecha en que se entrega el aviso escrito, (b) después de que una cuenta deje de estar en estado activo o (c), en caso de un paciente que presuntamente cumpla los requisitos para obtener ayuda financiera inferior al 100%, al finalizar un plazo razonable para solicitar la ayuda financiera según se describe en el presente. El Aviso de finalización del período de solicitud puede ser un documento escrito separado o podría estar descrito dentro de otro aviso escrito enviado al paciente.

“Acciones de cobranza extraordinarias (ECA, Extraordinary Collections Actions)”: cualquiera de las siguientes actividades de cobranza que están sujetas a restricciones según 501(r):

1. Vender la deuda de un paciente a un tercero, a menos que el comprador esté sujeto a ciertas restricciones según se describe más adelante.
2. Entregar información desfavorable sobre el paciente a agencias de informes de crédito de consumidores o agencias de crédito.
3. Aplazar, denegar o solicitar un pago previo a entregar atención médicamente necesaria debido al no pago por parte del paciente de una o más facturas por atención entregada anteriormente cubierta por PAF.
4. Medidas que requieran procesos judiciales o legales, salvo por reclamaciones presentadas en un procedimiento de quiebra o por una lesión corporal. Estas acciones son, entre otras:
 - 4.1. aplicar un embargo preventivo sobre la propiedad del paciente;
 - 4.2. ejecutar una hipoteca sobre la propiedad del paciente;
 - 4.3. aplicar un embargo, decomisar o incautar una cuenta bancaria del paciente u otra propiedad persona;
 - 4.4. iniciar un proceso civil contra un paciente y
 - 4.5. embargar el salario de un paciente.

Sin perjuicio de la subsección 4 anterior, OHOW no aplicará, bajo ninguna circunstancia, un embargo sobre la residencia principal de un paciente si dicho embargo tendrá como consecuencia la ejecución hipotecaria o forzará la venta de la residencia personal del paciente.

Una ECA no incluye ninguno de los siguientes (incluso si se cumple de forma general los criterios para una ECA según lo indicado anteriormente):

1. La venta de la deuda de un paciente si, previo a la venta, existe un acuerdo escrito vinculante legalmente con el comprador de la deuda según el cual:
 - 1.1 el comprador tiene prohibido participar en cualquier ECA para obtener el pago de la atención;
 - 1.2. el comprador tiene prohibido cobrar intereses sobre la deuda que excedan la tasa vigente según la Sección 6621(a)(2) del Código del Servicio de Impuestos Internos al momento de la venta de la deuda (o cualquier otra tasa de interés establecida por medio de un aviso u otra pauta publicada en el Boletín de Impuestos Internos);
 - 1.3. la deuda se puede devolver a OHOW o este la puede recuperar según una determinación de OHOW o del comprador de que el paciente cumple los requisitos para ayuda financiera; y

- 1.4. se exige al comprador cumplir con procedimientos descritos en el acuerdo que garantizan que el paciente no pague, ni tenga la obligación de pagar, al comprador y a OHOW en conjunto más de lo que es responsable de pagar de conformidad con la PAF si se determina que el paciente cumple los requisitos para ayuda financiera y no se devuelve la deuda ni es recuperada por OHOW.
2. Todo embargo preventivo que OHOW tenga el derecho de reclamar según la legislación estatal sobre los ingresos producto de un fallo, acuerdo o compromiso del paciente como resultado de lesiones corporales por las que OHOW entregó atención.
3. La presentación de una reclamación en un procedimiento de quiebra.

“PAF”: la Política de ayuda financiera de OHOW, una política para entregar ayuda financiera a pacientes sin seguro que cumplan los requisitos en apoyo de OHOW.

“Solicitud PAF”: la solicitud de ayuda financiera.

“Ayuda financiera”: la ayuda que OHOW entrega a un paciente según la PAF de OHOW.

“Paciente”: una persona que recibe atención (o que ha recibido atención) por parte de OHOW y cualquier otra persona responsable financieramente por dicha atención (lo que incluye familiares y tutores).

PROCEDIMIENTO:

OHOW mantiene un proceso ordenado para emitir de forma regular estados de cuenta de facturación a los pacientes por servicios prestados y por comunicaciones con los pacientes. En el caso de que un paciente no pague los servicios prestados por OHOW, OHOW puede tomar medidas para obtener el pago, como, entre otras, intentos por comunicarse por teléfono, correo electrónico y de forma personal y una (1) o más ECA de conformidad con las disposiciones y restricciones descritas en la presente Póliza de facturación y cobranza.

De conformidad con la Sección 501(r), la presente Política de facturación y cobranza identifica los esfuerzos razonables que OHOW debe realizar para determinar si un paciente cumple los requisitos según su PAF para obtener ayuda financiera antes de iniciar una acción de cobranza extraordinaria o ECA. Después de tomar una determinación, OHOW puede seguir una o más ECA, según se describe en el presente.

7. Procesamiento de una Solicitud PAF: Salvo lo descrito más adelante, un paciente sin seguro puede presentar una Solicitud PAF en cualquier momento dentro del período de solicitud. OHOW no está obligado a aceptar una Solicitud PAF después del período de solicitud, salvo que en la sección 501(r) se exija específicamente lo contrario. Las determinaciones de la elegibilidad para ayuda financiera serán procesadas según las siguientes categorías generales.
 - 7.1. Solicitudes PAF completas: En caso de un paciente sin seguro que presenta una Solicitud PAF completa dentro del período de solicitud, OHOW debe, de forma oportuna, suspender toda ECA para obtener el pago de la atención, realizar una determinación de la elegibilidad y proporcionar un aviso escrito, según se describe más adelante.

- 7.2. Determinaciones de elegibilidad presunta: Si se determina presuntamente que un paciente sin seguro cumple los requisitos por menos que la ayuda más generosa disponible según la PAF (por ejemplo, la determinación de elegibilidad se basa en una solicitud presentada en relación con una atención anterior), OHOW avisará al paciente sobre la base de la determinación y otorgará al paciente un período de tiempo razonable para solicitar más ayuda de beneficencia antes de iniciar una ECA.
- 7.3. Aviso y proceso en caso de no presentar una solicitud: A menos que se presente una Solicitud PAF completa o se determine la elegibilidad bajo un criterio de elegibilidad presunta de la PAF, OHOW se abstendrá de iniciar una ECA por, al menos, 120 días desde la fecha de envío al paciente del primer estado de cuenta de facturación después del alta. En caso de varias instancias de atención, estas disposiciones de aviso se pueden acumular, en cuyo caso, el plazo se basará en la atención más reciente que se incluya el conjunto. Antes de iniciar una (1) o más ECA para obtener el pago de la atención por parte de un paciente que no ha presentado una Solicitud PAF, OHOW puede tomar las siguientes medidas:
 - 7.3.1. Entregar al paciente un aviso escrito que indique que hay ayuda financiera disponible para pacientes que cumplan los requisitos, que identifique las ECA que pretende seguir para obtener el pago por la atención y que indique un plazo después del cual se iniciarán dichas acciones de cobranza extraordinaria que no sea anterior a 30 días después de la entrega del aviso escrito.
 - 7.3.2. Entregar la paciente un resumen en lenguaje sencillo de la PAF.
 - 7.3.3. Hacer un esfuerzo razonable para avisar de forma verbal al paciente sobre la PAF y el proceso de Solicitud PAF.
- 7.4. Solicitudes PAF incompletas: En caso de un paciente que presenta una Solicitud PAF incompleta dentro del período de solicitud, OHOW debe avisar al paciente por escrito sobre cómo completar una Solicitud PAF y otorgar al paciente treinta (30) días calendario para hacerlo. Toda ECA pendiente debe ser suspendida durante este tiempo y el aviso escrito debe (i) describir la información o documentación adicional necesaria según la PAF o la Solicitud PAF necesaria para completar la solicitud e (ii) incluir información de contacto adecuada.
- 7.5. Finalización del período de Solicitud PAF: OHOW puede finalizar el período de solicitud mediante un Aviso de finalización del período de solicitud escrito al paciente.
8. Restricciones para aplazar o denegar atención: En caso de que OHOW tenga la intención de aplazar o denegar, o solicitar un pago antes de entregar, atención médicamente necesaria, según se define en la PAF, debido al no pago por parte del paciente de una o más facturas por atención entregada anteriormente cubierta por la PAF, el paciente recibirá una Solicitud PAF y un aviso escrito que indique que hay ayuda financiera disponible para pacientes que cumplan los requisitos. El paciente también podría recibir un Aviso de finalización del período de solicitud.

9. Aviso de determinación

- 9.1. Determinaciones: Después de recibir una Solicitud PAF completa relación con la cuenta de un paciente, OHOW evaluará la Solicitud PAF para determinar la elegibilidad y avisará por escrito al paciente sobre la determinación final dentro de cuarenta y cinco (45) días calendario. El aviso incluirá una determinación de la cantidad que el paciente será responsable financieramente de pagar. Si se deniega la Solicitud PAF, se enviará un aviso que explique el motivo de la denegación.
 - 9.2. Reembolsos: OHOW realizará un reembolso por la cantidad que el paciente ha pagado por atención que exceda la cantidad determinada como responsabilidad financiera del paciente según la PAF, salvo que la cantidad en exceso sea inferior a \$5.00
 - 9.3. Anulación de ECA: En caso de que se determine que un paciente cumple los requisitos para obtener ayuda financiera según la PAF, OHOW tomará todas las medidas disponibles razonables para anular cualquier ECA iniciada en contra del paciente para obtener el pago de la atención. Dichas medidas disponibles razonables son, por lo general, entre otras, medidas para invalidar cualquier fallo contra el paciente, levantar un embargo o embargo preventivo en la propiedad del paciente y eliminar toda información desfavorable del reporte de crédito del paciente que fuese entregada a una agencia de informes de crédito de consumidores o agencia de crédito.
10. Cobranzas: Después de finalizar los procedimientos anteriores, OHOW puede iniciar acciones ECA en contra de pacientes sin seguro o con seguro insuficiente con cuentas en mora, según se determine por los procedimientos de OHOW para establecer, procesar y controlar los planes de pago y facturación de pacientes. Sujeto a las restricciones identificadas en el presente, OHOW puede recurrir a una agencia de cobranza de deudas incobrables externa de confianza o a otro proveedor de servicios para procesar cuentas con deudas incobrables y dichas agencias o proveedores de servicios deberán cumplir con las disposiciones de la sección 501(r) que corresponden a terceros.



ORTHOPAEDIC HOSPITAL OF WISCONSIN SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

Gracias por elegir Orthopaedic Hospital of Wisconsin para sus necesidades médicas. Expresó interés en solicitar el programa de ayuda financiera de Orthopaedic Hospital of Wisconsin.

Para ser considerado, nuestra oficina debe recibir los siguientes documentos:

- **Solicitud completa que incluya firma y fecha.**
- **Comprobante del ingreso mensual actual del paciente, garante y cónyuge, lo que incluye: empleo actual, manutención infantil, pensión alimenticia, seguro por desempleo, indemnización por accidentes y enfermedades laborales, seguro social, pensión, ingresos por jubilación, otros intereses y dividendos.**
- **Ingresos por alquiler de propiedades.**
- **Comprobante de ayuda del gobierno, como cupones para alimentos, vivienda subvencionada o Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, Women, Infants and Children).**
- **Copia completa de la declaración de impuestos estatal y federal más reciente y todos sus anexos.**
- **Copia actual de los estados de cuenta corriente y de ahorros con el saldo actual.**
- **Comprobante de activos actuales, como: certificados de depósito, títulos, seguro de vida y bienes raíces.**
- **Carta de declaración completa si recibe asistencia con los gastos básicos diarios.**

NO envíe documentación complementaria original.

No entregar una solicitud completa y la documentación complementaria solicitada antes de la fecha indicada tendrá como resultado la denegación inmediata.

La ayuda financiera no es un plan de seguro. La ayuda financiera puede ayudar con las facturas de Orthopaedic Hospital of Wisconsin de pacientes sin seguro. Negarse a solicitar los programas gubernamentales para los que califica tendrá como resultado la denegación inmediata de la ayuda financiera. Recibirá su determinación dentro de 10 días de recibir la solicitud de ayuda financiera completa y la documentación complementaria.

La ayuda financiera no cubre los siguientes servicios:

- Deducibles o copagos del seguro.
- Cobros en litigio (procedimientos legales, tales como indemnización por accidentes y enfermedades laborales, accidentes automovilísticos, etc.).
- Grupos de facturación externos, tales como otros hospitales, clínicas, laboratorios, servicios médicos y transporte de ambulancia.

Llame al 414 961-6880 si tiene alguna duda.



Solicitud de atención comunitaria Orthopaedic Hospital of Wisconsin

Para entregar información adicional de un familiar o empleo familiar, utilice el reverso de la solicitud

<i><u>El número de historia clínica y número de cuenta debe ser llenado por el personal del hospital</u></i>	Número de historia clínica:	Número de cuenta:	
Entregue la siguiente información de manera precisa y completa. La información está sujeta a verificación Debe completar todos los campos; si no corresponde, ingrese N/C			
Nombre del solicitante (Nombre, inicial segundo nombre, apellido):	Número de Seguro Social:	Fecha de nacimiento:	
Dirección	Números de teléfono: Hogar: () Trabajo: ()	Teléfono 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, indique información sobre el cónyuge y todo hijo menor de edad	Fecha de nacimiento de cada uno:	N° de Seguro Soc.:	Relación con el paciente:
1.			
2.			
3.			
Ingreso: Mensual (paciente y cónyuge si está casado) o padres si el solicitante es menor de edad	Indicar empleadores adicionales en el reverso		
Ingreso del hogar (antes de impuestos) (formulario W2 o 1099) Incluye ingresos por desempleo	\$	Empleador (solicitante) o padre (si es menor de edad)	Número de teléfono
Ingreso por pensión, Seguro Social o discapacidad	\$	Fecha de contratación	Fecha de término del empleo
Manutención infantil o pensión alimenticia recibida Adjuntar comprobante de manutención mensual	\$	Empleadores adicionales en un año calendario	Número de teléfono
Ingreso por alquiler de propiedades	\$	Fecha de contratación	Fecha de término del empleo
Activos: Saldo en cuenta corriente y en cuenta de ahorros. No incluir saldo de cuentas de jubilación	\$		
Información de empleo del cónyuge	Número de teléfono	Información adicional de empleo del cónyuge por año calendario:	Número de teléfono
Fecha de contratación	Fecha de término del empleo	Fecha de contratación	Fecha de término del empleo

Certifico que la información entregada anteriormente es una declaración verdadera y precisa de mi información financiera. También certifico que no hay cobertura de seguro adicional para este paciente aparte de la que se indicó al momento del registro. Comprendo que entregar información falsa tendrá como resultado la denegación de mi solicitud de cualquier tipo de ayuda financiera a través de Orthopaedic Hospital of Wisconsin. Si tengo derecho a cualquier medida o acuerdo de terceros pagaderos, tomaré las medidas necesarias o solicitadas por Orthopaedic Hospital of Wisconsin para obtener dichos reembolsos y cederé a Orthopaedic Hospital of Wisconsin y, luego de recibir, pagaré a Orthopaedic Hospital of Wisconsin todas las cantidades recuperadas hasta el total de la cantidad del saldo pendiente en mi factura. No solicitar dichos reembolsos o no seguir el proceso de solicitud y no tomar dichas medidas necesarias razonablemente o solicitadas por Orthopaedic Hospital of Wisconsin podría resultar en la denegación de esta solicitud. También autorizo a Orthopaedic Hospital of Wisconsin a revisar mi historial de crédito a través de una agencia de crédito, de ser necesario.

Se debe devolver la solicitud completa antes del _____ para que sea considerada.

**Enviar a Orthopaedic Hospital of Wisconsin
475 W. River Woods Parkway
Glendale, WI 53212
ATTN: Chief Financial Officer**

Las solicitudes incompletas podrían ser denegadas o enviadas de vuelta por falta de información

Firma del paciente (parte responsable)

Fecha

Solo uso administrativo

Firma de quien autoriza _____ Fecha _____