

| MADELIA HEALTH | |
|---|------------------------|
| ASUNTO: Política de Asistencia Financiera | REFERENCIA: |
| DEPARTAMENTO: Oficina de Negocios | PÁGINA 1 DE 7 |
| PROPIETARIO DE LA PÓLIZA: Bruce Craven | EFFECTIVA: 06-01-2016 |
| APROBADO POR: Junta Directiva | MODIFICADO: 01-01-2022 |

Propósito:

Esta política se establece para proporcionar el marco dentro del cual Madelia Health ("Hospital") proporcionará asistencia financiera.

Definiciones:

Cantidades generalmente facturados: El aumento promedio facturado a una persona que tiene un seguro que cubre su atención médica de emergencia y otra atención médicamente necesaria. Este "límite de AGB" se calcula como se explica en esta política.

Ingresos totales: El ingreso total estimado de un individuo y de todos los adultos que trabajan que residen con ellos. El ingreso total estimado se basa en el ingreso total de la declaración de impuestos más reciente de una persona o el ingreso anualizado calculado a partir de sus dos talones de pago más recientes. Si esas dos fuentes tienen una diferencia significativa, los talones de pago se utilizarán para determinar el ingreso total. El Hospital se reserva el derecho de ajustar este cálculo si el Hospital obtiene evidencia de que los ingresos actuales y futuros de un individuo son sustancialmente diferentes de lo indicado en esos documentos.

- (a) Para una persona empleada, la cantidad reportada en el Formulario 1040, Línea 22.
- (b) Para un agricultor, el ingreso es el ingreso total del Formulario 1040, Línea 22 más cualquier depreciación reclamada en el Formulario 1040, Anexo F.
- (c) Para una persona que trabaja por cuenta propia, los ingresos son los ingresos totales del Formulario 1040, Línea 22 más cualquier depreciación reclamada en el Formulario 1040, Anexo C.

Atención Médica de Emergencia: Tratamiento de una condición médica de emergencia como se define en la sección 1867 (e) (1) de la Ley del Seguro Social como "una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido el dolor severo) de modo que se podría esperar razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata resulte en

- a) Poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer),
- b) Deterioro grave de las funciones corporales, o
- c) Disfunción grave de cualquier órgano o parte corporal;

O con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones,

- a) que no hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o
- b) ese traslado puede suponer una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto."

Atención médicamente necesaria: Todos los procedimientos ofrecidos por el Hospital se consideran médicamente necesarios, excepto los siguientes, que el Hospital considera que no son médicamente necesarios: masajes, exámenes físicos deportivos, exámenes físicos del Departamento de Transporte, servicios de laboratorio de acceso directo, terapia física no prescrita, procedimientos electivos, atención domiciliaria y cuidado de relevo.

Política:

Una persona debe tener ingresos limitados para calificar para asistencia financiera. Los criterios del hospital para la asistencia financiera seguirán las Pautas Federales de Pobreza ("FPG") emitidas por el gobierno de los Estados Unidos.

Consulte el Anexo A para conocer las Pautas Federales de Pobreza actualmente aplicables. El Anexo A se actualizará al menos una vez al año para mantener la precisión.

- Si el ingreso bruto ajustado de un individuo es menor o igual al 100% de las Pautas Federales de Pobreza, el individuo calificará para recibir asistencia financiera del 100%. La responsabilidad restante del individuo será de \$0.
- Si el ingreso bruto ajustado de un individuo es superior al 100% de FPG pero inferior al 200% de FPG, el individuo calificará para asistencia financiera parcial. Se calculará el descuento del individuo utilizando la siguiente fórmula.
$$\text{Descuento} = 1.75 - [(0.75 \div \text{FPG}) \times \text{Ingresos}]$$
- Si el ingreso bruto ajustado de un individuo es superior al 200% de FPG, no calificará para recibir asistencia financiera.

Si el hogar de un individuo posee vehículos recreativos que no tienen un propósito comercial, es posible que se requiera que el hogar venda los vehículos recreativos para pagar la responsabilidad médica del individuo al Hospital antes de que el individuo califique para recibir asistencia financiera. Los vehículos recreativos incluyen, entre otros, autocaravanas, vehículos todo terreno ("ATV"), motos de nieve, motocicletas, botes y motos acuáticas. El hospital puede requerir evidencia de un propósito comercial válido para cada vehículo recreativo. El hospital no requerirá que se venda un vehículo recreativo si las deudas pendientes en un vehículo son mayores que su valor justo de mercado.

Todos los cargos del hospital relacionados con condiciones médicas de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios son elegibles para asistencia financiera. El descuento de asistencia financiera se aplicará a la responsabilidad individual después de cualquier pago del seguro. Consulte el Anexo B para obtener más información sobre los proveedores que son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política. El Apéndice B se actualizará al menos trimestralmente para mantener la precisión.

Una solicitud de asistencia financiera se considerará completa si incluye todos los siguientes documentos.

1. Solicitud de asistencia financiera completada y firmada
2. Formulario 1040, 1040A o 1040-EZ más reciente
3. Dos talones de pago más recientes, si corresponde

Las solicitudes de asistencia financiera pueden ser presentadas por el paciente, un garante o cualquier persona que actúe en nombre de un paciente o garante. El hospital no utiliza información de terceros para hacer determinaciones presuntivas de elegibilidad para asistencia financiera.

Las solicitudes de asistencia financiera completadas y otros documentos deben enviarse a Patient Financial Services. Los métodos aceptables de presentación son:

- Correo – "Atención: Servicios Financieros para Pacientes", 121 Drew Ave S.E., Madelia, MN 56062
- Entrega en persona – Servicios Financieros para Pacientes , 121 Drew Ave S.E., Madelia, MN 56062
- Fax – "Atención: Servicios Financieros para Pacientes", (507) 642-5203

Si el Hospital tiene razones para creer que la información en la solicitud de asistencia financiera no es confiable o incorrecta o que la información se obtuvo bajo coacción o mediante el uso de prácticas coercitivas, el Hospital considerará la solicitud incompleta. Si esto ocurre, el Hospital proporcionará al individuo una explicación por escrito de por qué el Hospital ha tomado esta determinación.

La aprobación de la solicitud será otorgada o denegada por el Director Financiero, el Gerente de la Oficina comercial o el Administrador dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completa. El hospital aceptará una solicitud de asistencia financiera para una instancia específica de atención médica durante 240 días después de que se envíe el primer estado de cuenta posterior al alta a una persona.

Si una persona califica para recibir asistencia financiera, dicha calificación se aplicará a toda la atención médica de emergencia y otra atención médicamente necesaria recibida por la persona durante ocho meses antes y cuatro meses después de la fecha de presentación.

Si un paciente no califica para recibir asistencia financiera, se enviará una carta indicando que no ha calificado de acuerdo con las pautas del hospital y explicando la base de la denegación.

Si una persona califica para un descuento de asistencia financiera que es inferior al 100%, el Hospital le proporcionará a la persona un estado de cuenta actualizado que indique la cantidad restante que la persona debe, cómo se determinó esa cantidad y cómo la persona puede obtener información sobre su límite de AGB.

No se requerirá que una persona que califique para recibir asistencia financiera pague más por afecciones médicas de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención (el "límite de AGB"). El hospital calculará este límite de AGB para un paciente que use el Método de Retrospectiva e incluya a las personas cubiertas por Medicare, Medicaid y todos los pagadores comerciales. El límite de AGB se calculará anualmente utilizando el período de 12 meses del 1 de Enero al 31 de Diciembre. Consulte el apéndice C para el límite de AGB actualmente en vigor.

El hospital puede requerir el copago de un procedimiento médico que no sea de emergencia antes de recibir la atención. Sin embargo, en ningún caso este prepago será superior al límite de AGB para la atención.

El hospital tiene una Política de Facturación y Cobranzas separada. La Política de Facturación y Cobranzas incluye las acciones que el Hospital puede tomar en caso de falta de pago de la responsabilidad restante adeudada por una persona que haya calificado para asistencia financiera. Las copias de la Política de Facturación y Cobranzas están disponibles para el público a través de todos los mismos métodos por los cuales esta política de asistencia financiera está disponible, como se indica en esta política.

Una persona que tenga preguntas sobre asistencia financiera o que desee ayuda con el proceso de solicitud puede comunicarse con Patient Financial Services en Madelia Health llamando al (507) 642-3255 o visitando 121 Drew Ave S.E., Madelia, MN 56062.

El hospital informará al público sobre la disponibilidad de asistencia financiera a través de los siguientes métodos:

- El hospital tendrá exhibiciones públicas visibles que informarán a los pacientes sobre el programa de asistencia financiera. Dichas pantallas estarán ubicadas en la sala de emergencias y en todas las áreas de admisión que incluyan la siguiente información.
 - a. La asistencia financiera está disponible bajo la política de asistencia financiera del Hospital.
 - b. Information about how or where to obtain information about the financial assistance policy and application process.
 - c. Information about how or where to obtain copies of this financial assistance policy, a plain language summary of this financial assistance policy, and the financial assistance application.
- Hospital will offer a paper copy of the plain language summary of this financial assistance policy to all patients as part of the intake and/or discharge process.
- Hospital will include the following information on all billing statements.
 - a. Financial assistance is available under Hospital's financial assistance policy.
 - b. El número de teléfono de una oficina o departamento del Hospital que puede proporcionar información sobre la política y el proceso de asistencia financiera.
 - c. La dirección directa del sitio web (URL) en la que está disponible esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera y la solicitud de asistencia financiera

El aviso escrito en los estados de cuenta se colocará de manera visible y de tamaño suficiente para ser claramente legible.

- Esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera y la solicitud de asistencia financiera estarán disponibles en todo momento en el sitio web del Hospital.
- Copias impresas de esta política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo de esta política de asistencia financiera y la solicitud de asistencia financiera estarán disponibles a pedido y sin cargo por correo, en la sala de emergencias del hospital y en todas las áreas de admisiones.
- El hospital hará todos los esfuerzos razonables para notificar e informar a los miembros de la comunidad sobre esta política de asistencia financiera de una manera que esté razonablemente calculada para llegar a aquellas personas que tienen más probabilidades de necesitar asistencia financiera.
- Si alguna población con dominio limitado del Inglés comprende más del 5% de la población en la comunidad del Hospital o más de 1,000 individuos, entonces todos los métodos de comunicación descritos en esta política también se seguirán en el idioma principal de esa población.

FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 01 de junio de 2016

Formulario : Solicitud de Asistencia Financiera

Apéndice A

Federal Poverty Guidelines

Las Pautas Federales de Pobreza ("FPG") son publicadas anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Esta información está disponible en línea en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Esta tabla es aplicable para el año calendario 2022.

| Tamaño de la familia | 100% de FPG | 200% de FPG |
|---------------------------------------|-------------|-------------|
| 1 | \$13,590 | \$27,180 |
| 2 | \$18,310 | \$36,620 |
| 3 | \$23,030 | \$46,060 |
| 4 | \$27,750 | \$55,500 |
| 5 | \$32,470 | \$64,940 |
| 6 | \$37,190 | \$74,380 |
| 7 | \$41,910 | \$83,820 |
| 8 | \$46,630 | \$93,260 |
| Para cada persona adicional, agregue: | \$4,720 | \$9,440 |

Última actualización: 1 de Enero de 2022

Versión en Inglés revisada por: Ashley Urevig, Gerente de Oficina de Negocios

Aprobado por: Bruce Craven, CFO

Apéndice B

Proveedores que operan dentro de Madelia Health

Los gastos de servicios médicos para un paciente generalmente se pueden clasificar como tarifas hospitalarias o tarifas de proveedores. Todas las tarifas hospitalarias para atención médica de emergencia y otra atención médicamente necesaria son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política. Sin embargo, no todas las tarifas de los proveedores son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política.

La siguiente información se proporciona para ayudar al público a comprender qué tarifas de proveedores son elegibles para recibir asistencia financiera bajo esta política. Si esta información no está clara, puede comunicarse con Servicios Financieros para Pacientes en Madelia Health ("Hospital"), llamando al (507) 642-3255 para obtener ayuda.

El hospital define a un "proveedor" como un médico o una persona con credenciales similares. Los proveedores no incluyen enfermeras ni técnicos.

The following providers are not eligible for financial assistance under this policy. These providers are not eligible since Madelia Health does not bill for their Professional Fees.

- Phillip Benzmilller, M.D.
- Emily Birkholz, M.D.
- Lisa Davidson, M.D.
- Eric A. Evans, M.D.
- Tod Gavin, M.D.
- Gary Goldberg, M.D.
- Megan Griffith, M.D.
- Bhavini Carns, M.D.
- Adriana Escandon Sandino, M.D.
- Dennis Gremel, M.D.
- Steven Haugen, M.D.
- Karl Papierniak, M.D.
- Jason Steinle, M.D.
- Ashley Swaringen, M.D.
- Corey Welchlin, M.D.
- Courtney Whitney, D.O.

Cualquier proveedor que no aparezca aquí es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta política.

Última actualización: 01 de Enero de 2022

Versión en inglés revisada por: Ashley Urevig, Gerente de Oficina de Negocios

Aprobado por: Bruce Craven, CFO

Apéndice C

Cálculo de Montos Generalmente Facturados

No se requerirá que una persona que califique para recibir asistencia financiera pague más por afecciones médicas de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios que los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención (el "límite de AGB").

El hospital utiliza el método de retrospectiva como se define en Reg. 1.501(r)-5(b)(3) para calcular la cantidad generalmente facturado ("AGB") a personas que tienen un seguro que cubre la atención médicamente necesaria. Una persona que se determine que es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta póliza no estará obligada a pagar más de los montos generalmente facturados a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.

El hospital calcula un único límite de AGB para aplicar a todas las personas que califican para recibir asistencia financiera. El límite de AGB actualmente en vigor es del 74%, basado en un descuento promedio del 26%.

El límite de AGB se calculó utilizando la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Total de reclamaciones permitidas y otros pagos}}{\text{Cargos brutos}}$$

En el cálculo de AGB, "Total de reclamos permitidos" son aquellos reclamos que han sido presentados por el Hospital y se pagaron bajo las Partes A y B de Medicare, Medicaid y todas las aseguradoras de salud privadas durante el período de 12 meses, del 1 de Febrero al 31 de Enero. El hospital utiliza todas las reclamaciones de atención médica en este cálculo, en lugar de solo las permitidas para emergencias y otros servicios médicos hospitalarios apropiados.

"Otros pagos" son copagos, coseguros, deducibles y cualquier otro pago realizado en relación con un reclamo incluido en total de reclamos permitidos.

Los "Cargos Brutos" son los cargos totales de los servicios para aquellos reclamos incluidos en total de Reclamos permitidos.

Última actualización: 1 de Junio de 2022

Actualizado por: Bruce Craven, CFO

Aprobado por: Jake Redden, CEO