



POLÍTICA Y PROCEDIMIENTO		POLÍTICA NO.:
Asunto: Política de Ayuda Financiera		PA-COL 3
FECHA ORIGINAL: 14/08/2007	REEMPLAZA A: 14/08/2007, 30/07/2008, 12/10/2009, 12/09/2012, 11/05/2014, 1/11/2014	PÁGINAS: 24

Palabras Clave: *Helping Heart*, Caridad, Sin seguro, con seguro insuficiente

Se aplica a: Pacientes hospitalizados: Pacientes ambulatorios: Proveedor:
 Todos:
 Video:

I. POLÍTICA:

Methodist Hospitals, Inc. (“Metodista”) se dedica a prestar servicios de salud a sus pacientes. Para ayudar a satisfacer esas necesidades, hemos establecido esta Política de Ayuda Financiera (“PAF”) para proporcionar un alivio financiero a los pacientes que primero cumplen con los siguientes requisitos: son ciudadanos de los Estados Unidos; solicitan ayuda para la prestación de servicios médicos necesarios o cumplen con presunciones de requisitos de caridad; y a aquellos que no pueden cumplir con sus obligación financiera, incluso los de bajos ingresos, los que no tienen seguro, o son indigentes médicos y residen en el país. Metodista se compromete a prestar servicios de urgencia y los cuidados de salud necesarios a los pacientes sin importar su situación con respecto al seguro o su capacidad de pago. Esta Política de Ayuda Financiera está destinada a cumplir con las leyes federales y estatales en nuestra área de servicios. Los pacientes que califican para recibir ayuda según esta política recibirán un descuento por la atención médica recibida en las instalaciones de Metodista y a través de sus proveedores empleados.

La ayuda financiera provista según esta política se realiza con la expectativa de que los pacientes cooperen con los procedimientos de aplicación de esta política y de los beneficios públicos o programas de cobertura que puedan estar disponibles para cubrir los costos de los servicios de salud. Metodista no discrimina por cuestiones relacionadas con la edad, género, raza, credo, color, discapacidad, orientación sexual, origen nacional, ni situación migratoria cuando toma decisiones de ayuda financiera. La base de este programa es el suministro y envío de información fiel y exacta del paciente y/o la/s persona/s responsable/s. Los pacientes y/o las personas responsables que realizan declaraciones incorrectas de manera intencional serán descalificados automáticamente de cualquier consideración con respecto a este programa. La decisión sobre la intencionalidad de una declaración incorrecta es un derecho exclusivo de Metodista.

El alcance de este programa se basa en la capacidad financiera de Metodista para proporcionar servicios gratuitos y con descuento a pacientes que vivan en nuestro país sobre la base de prácticas

comerciales administración financiera sólida y sustentable de los recursos financieros limitados del hospital.

II. DEFINICIONES:

- A. Suma Facturada Generalmente (“SFG”):** La Suma Facturada Generalmente es el pago esperado por parte de los pacientes y/o su garante por un servicio médico de urgencia o medicamento necesario. Para los pacientes que califican, esta suma no deberá exceder una proporción que se determina usando un Método de Actualización que se describe en §1.501(r)-5(b) (3) del Código de la Hacienda Pública. El Método de Actualización se basará en los reclamos reales pagados en el pasado a Metodista por *Medicare* en concepto de honorarios por servicios. Los reclamos que se incluirán en el cálculo de la SFG serán los admitidos durante el año calendario anterior. Las sumas por coaseguros, copagos y franquicia se colocarán en el numerador junto con los honorarios por servicios de *Medicare*. Los cargos brutos de dichos reclamos se colocarán en el denominador. La SFG se calculará anualmente a los 45 días luego del cierre del año calendario anterior, y se implementará a partir del día 120 luego de cierre del año calendario. En el futuro, Metodista puede cambiar el método para el cálculo y/o el porcentaje de la SFG en cualquier momento en que se actualice esta política.
- B. Porcentaje de la Suma Facturada Generalmente:** El porcentaje de la SFG se calculará todos los años a los 45 días del año, y se describe en el Apéndice 4 de esta política. En el futuro, Metodista puede cambiar el método de cálculo y/o el porcentaje de la SFG en cualquier momento cuando se actualice esta política.
- C. Período de Aplicación:** El período durante el cual las solicitudes de ayuda financiera serán aceptadas y procesadas. El Período de Aplicación será como mínimo desde la fecha en que el servicio de atención médica se presta y no inferior a los 240 días desde la fecha en que se envía el primer aviso de pago luego de la prestación del servicio.
- D. Activos:** Propiedad personal y artículos de valor incluso cajas de ahorro del paciente y/o de la persona responsable. Fondos de jubilación (no obstante, las distribuciones y los pagos de los planes de pensiones o jubilaciones estarán incluidos en el ingreso). La residencia principal y los automóviles comunes están excluidas de la consideración cuando se evalúan los ingresos de un paciente y la capacidad de pago a menos que se determine que es un activo extraordinario. Los activos extraordinarios son los artículos que se encuentran por encima de las necesidades básicas de vivienda y transporte requeridas para la autosuficiencia. Ejemplos de activos extraordinarios serían: cajas de ahorro con valores que excedan el valor de los gastos anuales estimados; propiedad personal considerada recreativa, como casas de vacaciones; tierras que no generan ingresos; y varios vehículos por adulto en la familia.
- E. Ayuda para servicios de salud para casos muy graves:** Ayuda financiera proporcionada a pacientes con derecho a eso con ingresos familiares anualizados de más del 400% del Índice de Pobreza Federal, y Activos inferiores al equivalente al 600% del Índice de Pobreza Federal, y obligaciones financieras durante un período de más de 12 surgidas de servicios médicos provistos por Metodista por más del 25% del ingreso familiar o para pacientes en condiciones atenuantes, que deben estar aprobadas por el Jefe de Finanzas.

- F. Cuidados Médicos Con descuento:** Ayuda financiera que proporciona un descuento para servicios médicos provistos por Metodista que reúne los requisitos, sobre la base de una escala proporcional a los pacientes con derecho a ello, o sus garantes, con ingresos familiares anualizados de entre el 200- 400% del Índice de Pobreza Federal.
- G. SERVICIOS QUE REÚNEN LOS REQUISITOS:** Los servicios re reúnen los requisitos de la Política de Ayuda Financiera de Metodista deben ser clínicamente adecuados y deben encontrarse dentro las normas de práctica médica generalmente aceptadas. Incluyen lo siguiente:
1. Servicios médicos de urgencia prestados en salas de urgencias, como así también servicios médicos prestados en una sala de urgencias con la finalidad de estabilizar la condición del paciente.
 2. Servicios que no son de elección prestados en respuesta a circunstancias que ponen en riesgo la vida en salas que no son de urgencias.
 3. Servicios médicamente necesarios, como servicios a pacientes hospitalizados o ambulatorios prestados con la finalidad de evaluación, diagnóstico, y/o tratamiento de una herida o enfermedad, como así también servicios típicamente definidos por *Medicare* u otra cobertura de seguro de salud como “artículos o servicios cubiertos.”
 4. Los servicios de proveedores empleados por METODISTA están cubiertos por esta política. Véase el Apéndice tres con la lista completa de proveedores incluidos.
 5. Los servicios que no cumplen los requisitos para ayuda financiera (a menos que se indique lo contrario específicamente, como los necesarios para cumplir un objetivo de Evaluación de Necesidades de la Comunidad) son los siguientes:
 - a. Procedimientos electivos que no son médicamente necesarios, como así también los servicios que típicamente no están cubiertos por *Medicare* o que están definidos por *Medicare* u otra cobertura de seguro de salud como no médicamente necesarios.
 - b. Cirugía *Lasik*, Quiropráctica, Servicios de Fertilidad, Lentes de contacto/Anteojos, Cirugía Cosmética/Plástica (no obstante, la cirugía plástica necesaria para corregir una desfiguración causada por una herida, por una enfermedad o por un defecto o deformación congénita se considerarán como Médicamente Necesarias), audífonos, ortodoncia, servicios dentales, optometría.
 - c. Servicios recibidos de proveedores de servicios de salud que no facturan con el número de identificación tributaria de Metodista (por ejemplo profesionales médicos y doctores privados y/o que no pertenecen a Metodista, transporte en ambulancia, etc.). Se les aconseja a los pacientes contactar a esos proveedores directamente para solicitar cualquier asistencia disponible y coordinar el pago. Véase en el Apéndice 3 la lista de proveedores que no están cubiertos por esta política.
 - d. Franquicias y coaseguros asociados a servicios médicamente necesarios prestados por fuera de la red, según la definición de sus aseguradoras.
- H. Urgencia Médica:** Según la definición de la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 Código de los Estados Unidos 1395dd), el término “Urgencia Médica” se refiere a una situación médica que se manifiesta con síntomas agudos con la suficiente gravedad (incluso el dolor grave) como para que la ausencia de atención médica inmediata pueda traer como consecuencia razonablemente:
1. Poner en serio riesgo la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño no nacido),
 2. Un deterioro serio de las funciones corporales, o
 3. Una disfunción seria de algún órgano o parte del cuerpo; o
 4. Con respecto a una mujer embarazada que tiene contracciones:

- a. Que no haya tiempo suficiente como para realizar una transferencia segura a otro hospital antes del parto, o
 - b. Que la transferencia pueda poner en riesgo la salud o seguridad de la mujer o del niño no nacido.
- I. **Tamaño y composición de la familia:** El tamaño de la familia se calcula como para incluir al paciente, su esposo/a (incluso un/a concubino/a legal) y las personas que dependen de él/ella según las reglas del Servicio de la Agencia Tributaria. Por lo tanto, si el paciente indica que alguien depende de él/ella en su Declaración de Impuestos, esta persona puede considerarse como dependiente para los fines de ayuda financiera.
- J. **Ingreso Familiar/ del Hogar:** El ingreso familiar de un solicitante es el ingreso bruto combinado de todos los miembros adultos de una familia que conviven en el hogar y que están incluidos en la declaración de impuestos federal más reciente. Para pacientes de menores de 18 años, el ingreso familiar incluye el del padre/madre o los padres y/o padres adoptivos, o de familiares encargados de su cuidado. El ingreso familiar se determina usando la definición de la Oficina de Censos, que incluye los siguientes ingresos cuando se computan las guías de pobreza federales:
1. Incluye ganancias, pago por desempleo, pago a trabajadores, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Complementario, asistencia pública, pago a veteranos, beneficios de veteranos, ingresos por pensiones o jubilaciones, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedad inmueble, fideicomisos, estipendios educativos, pensiones alimenticias, ganancias de capital, apoyo regular desde fuera del hogar, pagos por seguros y anualidades, ingresos de rentas, regalías, etc.
 2. Los beneficios que no son en efectivo (como vales de alimentos y subsidios a la vivienda) no se contabilizan;
 3. Se determinan antes del cálculo de los impuestos;
 4. Excluye pérdidas de capital.
- K. **Índice de Pobreza Federal:** Índice de Pobreza Federal (IPF) usa umbrales que varían según el tamaño y composición de la familia para determinar quién está en situación de pobreza en los Estados Unidos. Se actualiza periódicamente en el Registro Federal en el Ministerio de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Las guías actuales del IPF se pueden consultar en <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>.
- L. **Caridad Completa:** Ingreso familiar que equivale o es inferior al 200% de las of Guías de Pobreza Federales (GPF). (Las solicitudes que califican reciben el 100% de bonificación de sus deudas hospitalarias.) Los pacientes/ garantes que califican para el 100% de ayuda caritativa califican para la Caridad *Helping Heart* de Metodista ("MHCI", por sus siglas en inglés). Esta cobertura durará por un período de 4 meses desde el momento del servicio aplicable y el Plan de MHCI se cargará como el plan de seguro primario del paciente/garante. Los Pacientes/ garantes deberán a volver a solicitar el MHCI luego de que se hayan vencido los 4 meses.
- M. **Garante:** Una persona responsable por el pago de una cuenta que no es el paciente mismo.
- N. **Cargos Brutos:** Cargos totales que incluyen los honorarios completos establecidos para la prestación de los servicios de salud antes de las deducciones de ingresos.

- O. Préstamo *Helping Hand*:** Este programa de préstamos se implementa a través del Hospital Metodista y no emitimos cheques de crédito. Tiene una tasa de interés fija del 4,25% y los pagos se pueden extender hasta 36 meses o se puede necesitar una aprobación para una extensión.
- P. Sin techo:** Según la definición del Gobierno Federal, publicada en el Registro Público el 5 de Diciembre de 2011 por el Ministerio de Vivienda y Desarrollo Urbano: Una persona o familia que no tiene una residencia fija, regular y adecuada para la residencia nocturna, lo cual implica que el individuo o la familia tengan como residencia nocturna primaria un lugar público o privado que no está destinado a la habitación humana o en refugios públicos o privados diseñados para proporcionar un lugar donde vivir temporario. Esta categoría también incluye individuos que están saliendo de instituciones donde han residido 90 días o menos en un refugio de emergencia que residían en un lugar que no estaba destinado a la habitación humana inmediatamente antes de la entrada en la institución.
- Q. Verificación de ingresos:** Los pacientes que actualmente están recibiendo una ayuda financiera de instituciones Fideicomisarias, o del condado, del estado y/o federales, con pruebas adecuadas de ello, no necesitan proporcionarle al hospital ninguna otra información sobre sus ingresos. Las municipalidades que califican a los pacientes para que reciban un ingreso de ayuda y para asistencia médica están reconocidas como agencias de calificación y no es necesario reunir más información sobre los ingresos.
- R. Medicamento Necesario:** Según la definición de *Medicare*, servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o herida.
- S. Honorarios por Servicios de *Medicare* (HPS):** Seguro de salud disponible según la Ley de Seguridad Social *Medicare* Parte A y Parte B del Título XVIII (42 Código de los Estados Unidos 1395c – 1395w-5).
- T. Planes *Helping Heart* del Hospital Metodista:** Los Pacientes/ garantes que califican para menos del 100% de descuento de caridad pueden estar incluidos en alguno de los Planes *Helping Heart* del Hospital Metodista. La cobertura de caridad dura por un período de 4 meses. Los pacientes deben actualizar verbalmente todos los datos demográficos y los referidos a sus ingresos durante ese período. El período de notificación comienza en la fecha en que se presta el primer servicio de salud y finaliza como mínimo a los 240 días luego de que el hospital le hace llegar al paciente el primer aviso de pago. Los pacientes que cooperan con el proceso de investigación de antecedentes inicial y cumplen con las calificaciones de ingresos, tendrán derecho al Plan *Helping Heart*. Los pacientes/ garantes que no cumplan con las guías que se explican en esta guía no tendrán derecho a ninguna consideración o descuento de caridad.
- U. Caridad Parcial:** Es una escala móvil de reducción de los montos facturados según la evaluación de ingresos brutos (antes de deducir impuestos) para aquellos pacientes que no califican para otra ayuda financiera y que solicitan ayuda y cooperan completamente con la determinación de necesidad financiera o cumplen con los requisitos de Elegibilidad Presunta. Los pacientes/ garantes cuyos ingresos se encuentren entre el 201 - 400% de las Guías de Pobreza Federales califican para alguno de los siguientes planes de ayuda:
1. Plan I de Ayuda Financiera *Helping Heart* (HH90) 201-250% GPF = 90% del saldo del paciente adeudado
 2. Plan 2 de Ayuda Financiera *Helping Heart* (HH70) 251-300% GPF = 70% del saldo del paciente

adeudado

3. Plan 3 de Ayuda Financiera *Helping Heart* (HH50) 301-350% GPF = 50% del saldo del paciente adeudado

4. Plan 4 de Ayuda Financiera *Helping Heart* (HH45) 351-400% GPF = 45% del saldo del paciente adeudado

El saldo de paciente, según la determinación de Caridad Parcial, se ajusta para cumplir con el límite superior que indica la SFG.

- V. Acuerdo de Pago:** Un Acuerdo de Pago se refiere a, ya sea un Plan de Pago o a un Préstamo *Helping Hand*.
- W. Plan de Pago:** Es un Plan de Pago que se acuerda entre Metodista y un paciente o su garante, por honorarios extra. El Plan de Pago deberá tener en cuenta las circunstancias financieras del paciente, el monto adeudado y cualquier pago anterior.
- X. Opciones del Plan de Pago:** Un Plan de Pago de hasta 12 meses sin intereses – con un pago mínimo de \$25,00. El saldo debe abonarse en 12 meses o se debe solicitar la aprobación para una extensión del plazo.
- Y. Elegibilidad Presunta:** En algunas circunstancias, puede presumirse o considerarse que los pacientes sin seguro tienen derecho a recibir ayuda financiera sobre la base de su inscripción en otros programas que requieren la verificación de ingresos u otras fuentes de información que no es proporcionada directamente por el paciente para realizar una evaluación individual de la necesidad financiera.
- Z. Seguro de Salud Privado:** Cualquier organización que no sea gubernamental que ofrece seguros de salud, incluso organizaciones no gubernamentales que administran planes de seguros de salud según *Medicare Advantage*.
- AA. Período de Calificación:** A aquellos solicitantes que se clasifican como con derecho a ayuda financiera se les concederá una ayuda por un período de cuatro meses. La ayuda también se aplica de manera retroactiva a las cuentas impagas que tengan derecho a ello por los servicios prestados durante los doce meses anteriores a la fecha de la solicitud.
- BB. Descuento para personas sin seguro/ con seguro insuficiente:** A los pacientes que no tengan cobertura de terceros, según lo permitido por esta política, se les otorgará un descuento para personas sin seguro para aquellos servicios prestados por Metodista que reúnen los requisitos en el momento en que se rindan los cargos sin descuento.
- CC. Paciente sin Seguro:** Un paciente sin cobertura de terceros prestada a través de un seguro comercial, un plan de la Ley de Seguridad del Ingreso de Empleados Jubilados (ERISA, por sus siglas en inglés), un Programa Federal de Salud (incluso, sin limitación, *Medicare*, *Medicaid*, SCHIP, y CHAMPUS), Remuneración del Trabajador u otra asistencia de terceros disponible para cubrir el costo de los gastos de salud del paciente.

DD. Paciente con seguro insuficiente: Una persona con cobertura privada o pública para quien sería una dificultad económica pagar el total de los gastos extra de los servicios médicos prestados por Metodista.

III. PROCEDIMIENTO:

CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

La ayuda financiera se extiende a personas sin seguro o con seguro insuficiente, o al garante de un paciente que cumpla con criterios específicos que se describen a continuación. Estos criterios aseguran que esta Política de Ayuda Financiera se aplique de manera coherente en Metodista. Metodista se reserva el derecho de corregir, modificar o cambiar esta política cuando sea necesario o adecuado. Deben examinarse y evaluarse los recursos de pago (seguros disponibles durante el empleo, Asistencia Médica, Víctimas de Delitos Violentos, etc.) antes de que una cuenta sea considerada para la ayuda financiera para asegurar que los recursos de Metodista se administren de manera prudente en la provisión de ayuda financiera. Si se considera que un paciente tiene derecho a otra ayuda, Metodista lo derivará al organismo correspondiente para que sea asistido en el llenado de las solicitudes y formularios necesarios. Es necesario que los solicitantes de ayuda agoten todas las otras opciones de pago como condición para la aprobación de la ayuda financiera. Los solicitantes de ayuda financiera son los responsables de solicitar la inscripción en programas públicos y de obtener cobertura de servicios de seguros de salud privados. A los pacientes o sus garantes que elijan no cooperar en la solicitud de entrada en los programas que identifica Metodista como fuentes posibles de pago para los servicios médicos se les puede negar la ayuda financiera. Se espera que los solicitantes contribuyan al costo de su atención médica sobre la base de sus posibilidades de pago, según lo detallado en esta política. Los pacientes o sus garantes identificados por su capacidad de calificar para *Medicaid*, deben solicitar la cobertura *Medicaid* o hacer que ésta emita una denegatoria que se reciba dentro de los seis (6) meses anteriores a la solicitud de ayuda financiera a Metodista. Los pacientes o sus garantes deben cooperar con el proceso de solicitud que se detalla en esta política para obtener la ayuda financiera. Los criterios que va a tener en cuenta Metodista para la evaluación de la elegibilidad del paciente para la ayuda financiera incluyen los ingresos y activos familiares y las deudas por servicios médicos. El programa de ayuda financiera de Metodista está disponible para todos los ciudadanos de los Estados Unidos que cumplen con los criterios de elegibilidad que se indican en esta política, sin importar la ubicación geográfica o situación con respecto a la residencia. La ayuda financiera se extiende a los pacientes o sus garantes, sobre la base de las necesidades financieras y en cumplimiento con leyes federales y estatales. La ayuda financiera se ofrece a los pacientes elegibles que tengan un seguro insuficiente siempre y cuando dicha ayuda esté de acuerdo con el contrato del seguro. La ayuda financiera típicamente no está disponible para los copagos o saldos del paciente luego del seguro en caso que el paciente no cumpla razonablemente con los requisitos del seguro, como la obtención de derivaciones o autorizaciones adecuadas. En general, los saldos de servicios fuera de la red se pueden revisar caso por caso. Se espera que los pacientes con beneficios fiscales, cuentas de salud como la Cuenta de Ahorros de Salud, un Acuerdo de Reintegro de Salud o una Cuenta de Gastos Flexibles usen los fondos de la cuenta antes de que se les conceda la ayuda financiera. (Agregar a la solicitud) Metodista se reserva el derecho a dar marcha atrás con los descuentos que se describen el en presente en caso que considere razonablemente que dichas cláusulas violan alguna obligación legal o contractual de Metodista. Un paciente puede recibir el alivio financiero de la Política de Ayuda Financiera o de la Política de Auto-Pago, pero no ambas para la misma cuenta de paciente. Si un paciente participa de algún *Medicaid* de algún estado, del cual Metodista no es un proveedor participante, Metodista puede elegir no tener en cuenta la cobertura del

paciente cuando considere su elegibilidad para ayuda financiera—algunos factores a tener en cuenta son los siguientes: la cantidad de reclamos del estado en un año dado; el requisito del Estado de que también se inscriban los médicos; el marco de tiempo de la autorización, etc.

Pagos del Paciente:

Para los saldos deudores, se espera el pago completo dentro de los 30 días de enviado el primer aviso de pago. Si no es posible para el paciente o su garante realizar el pago completo dentro de este plazo, se puede realizar un Acuerdo de Pago para extender el plazo hasta tres años (o más si se lo aprueba) para cualquier saldo restante luego de que se hayan otorgado los descuentos a los pacientes con derecho a ayuda financiera. El plazo del Acuerdo de Pago se basará en el saldo deudor de las cuentas del solicitante, los ingresos familiares y cualquier circunstancia atenuante. Si se acuerda algún Plan de Pago, éste no tendrá intereses si se lo paga por completo dentro de los 12 meses. Si se solicita un plazo de pago superior a 12 meses, se puede otorgar un Préstamo *Helping Hand* que generará intereses a menos que existan circunstancias atenuantes. Los pacientes son responsables de comunicarle a Metodista cualquier momento si el Acuerdo de Pago no se puede cumplir. La falta de comunicación del paciente puede provocar que la cuenta se derive a un organismo de pago o que se inicien acciones legales. Si el paciente está en un Acuerdo de Pago y luego califica para la ayuda financiera o para ayuda financiera adicional, el Acuerdo de Pago se ajustará como corresponda. En caso que el paciente no pague o no pague el monto total que debe, Metodista podrá proseguir con los reclamos de pago o derivar esto a tercero—véase la Política de Facturación y Cobranzas.

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Metodista entiende que no todos los pacientes pueden completar una solicitud de ayuda financiera ni cumplir con los pedidos de documentación. Puede haber instancias en donde la calificación de un paciente para la ayuda financiera se establezca sin completar la solicitud formal de ayuda financiera. Metodista puede usar otra información para determinar si la cuenta de un paciente es incobrable y esta información se usará para determinar la Elegibilidad Presunta. La Elegibilidad Presunta se puede conceder a los pacientes sobre la base de su elegibilidad para otros programas o circunstancias de vida tales como:

1. Pacientes o garantes que tienen una quiebra declarada. En los casos de quiebra, se descontará únicamente el saldo de la cuenta del momento en que se declare la quiebra.
2. Pacientes o garantes que fallecieron sin propiedades en la validación del testamento.
3. Pacientes o garantes con determinación de que se encuentran en una situación sin techo.
4. Cuentas devueltas por el organismo de cobranzas declaradas incobrables debido a alguna de las razones mencionadas arriba.
5. Los pacientes o garantes que califican para programas de *Medicaid* estatales, tendrán derecho a ayuda para deudas de costo compartido asociadas al programa o para servicios no cubiertos, a menos que lo prohíba la ley del estado.

Metodista entiende que ciertos pacientes pueden no responder al proceso de solicitud de Metodista. En ciertas circunstancias, Metodista puede usar otras fuentes de información para realizar una evaluación individual de la necesidad financiera. Esta información le permitirá a Metodista tomar una decisión informada en los casos de pacientes que no responden usando las mejores estimaciones disponibles en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente.

Metodista puede utilizar a un tercero para realizar una revisión electrónica de la información del paciente para evaluar la necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo reconocido por la industria de los servicios de salud que se basa en bases de datos de registros públicos. Este modelo predictivo incorpora datos de registros públicos para calcular un puntaje de la capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones de ingresos, activos y liquidez.

La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente con la misma norma y se calibra contra aprobaciones históricas de Metodista de ayuda financiera según el proceso de solicitud tradicional.

La tecnología electrónica, cuando se la usa, se desplegará antes de clasificar una deuda como incobrable luego de que todas las otras fuentes de elegibilidad y fuentes de pago hayan sido agotadas. Esto le permite a Metodista monitorear a todos los pacientes para evaluar una posible ayuda financiera antes de llevar a cabo cualquier acción de cobranza extraordinaria. Los datos que revela esta reseña de elegibilidad constituirán la documentación adecuada de necesidad financiera según esta política.

Cuando se usa la inscripción electrónica como base para la Elegibilidad Presunta, los servicios financieros del paciente realizarán un monitoreo de presunción de servicios de atención médica de caridad con el uso de una herramienta de monitoreo automatizada. Se monitoreará a los pacientes para determinar si se realizarán ajustes de caridad para los servicios que reúnen los requisitos que se encuentran impagos de fechas retrospectivas de servicios que se prestaron hasta 12 meses antes de que se aprobara la Elegibilidad Presunta. Para pacientes que no califican para el 100% de ayuda financiera según la Elegibilidad Presunta, aún pueden ser considerados para el proceso de ayuda financiera tradicional para un aumento en la ayuda financiera. A los pacientes que no califican para un 100% de ayuda financiera según la Elegibilidad Presunta, Metodista les enviará una notificación por escrito para informarles que puede estar disponible un aumento en la ayuda financiera. Esta notificación incluirá un resumen en lenguaje claro de la Política de Ayuda Financiera y las acciones que se pueden realizar si no se envía una solicitud de ayuda financiera o no se paga la suma adeudada. A los siguientes pacientes monitoreados según el proceso de Elegibilidad Presunta se les enviará una notificación por escrito: (a) pacientes que calificaron para una ayuda financiera parcial; (b) pacientes a quienes se les negó la ayuda financiera; y (c) pacientes para quienes no hay suficiente información disponible para determinar una aprobación o denegación.

Las cuentas de pacientes a quienes se les otorga un 100% de ayuda financiera según la Elegibilidad Presunta se van a reclasificar bajo la Política de Ayuda Financiera. No se enviarán a cobranzas, no se realizarán acciones para lograr la cobranza, no se les enviará una notificación por escrito de su calificación de elegibilidad y no estarán incluidos en la cuenta de deudas incobrables del hospital.

SERVICIOS MÉDICOS DE URGENCIA

Según las regulaciones de la LEY FEDERAL DE TRATAMIENTOS MÉDICOS DE URGENCIA Y TRABAJO (EMTALA, por sus siglas en inglés), no se debe monitorear a ningún paciente para ayuda financiera; información sobre pagos; ni cobranza de deudas antes de prestar servicios de Urgencia Médica. Metodista no discriminará por cuestiones de edad, género, raza, credo, color, discapacidad, orientación sexual, origen nacional, situación migratoria o elegibilidad para PAF cuando se presten servicios de una Urgencia Médica. Metodista puede solicitarle al paciente que realice un pago; o que pague deudas pendientes; o el pago de deudas compartidas (es decir copagos, coaseguros, y franquicias) luego de la prestación de servicios de Urgencia Médica. No se permitirá que se soliciten pagos o se realicen

cobranzas de deudas que puedan provocar demoras innecesarias en la atención de una Urgencia Médica identificada que ocurra en cualquier parte o en cualquier momento en Metodista.

MONTOS FACTURADOS A PACIENTES CON DERECHO A AYUDA FINANCIERA

Para un paciente sin seguro/ con seguro insuficiente o aquel que cumpla con los requisitos de ayuda para servicios médicos en casos muy graves que califique para ayuda financiera según esta política, el monto facturado al paciente no deberá exceder la Suma Facturada Generalmente (“SFG”) que se determinará usando el Método de Actualización. Por lo tanto, cualquier saldo de un paciente determinado por Caridad Parcial o de un caso muy grave se ajustará para cumplir con el límite superior que estipula la SFG.

El Método de Actualización se basará en los montos permitidos por los honorarios-por-servicios de *Medicare*. Las sumas reclamadas que se incluirán en el cálculo de la SFG serán aquellas admitidas durante el año calendario anterior. Los montos de coseguros, copagos y franquicias estarán incluidos en el numerador junto con los honorarios-por-servicios de *Medicare*. Los Cargos Brutos de dichos montos reclamados se incluirán en el denominador. La SFG se calculará anualmente a los 45 días luego del cierre del año calendario anterior, y se implementará a los 120 días luego del cierre del año calendario.

No se esperará que los pacientes que se determine que tienen derecho a ayuda financiera paguen los Cargos Brutos de los servicios que reúnen los requisitos mientras se encuentren cubiertos por la Política de Ayuda Financiera de Metodista.

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

La elegibilidad para ayuda financiera se basará en la necesidad financiera en el momento de la solicitud. En general, se requiere documentación para apoyar una solicitud de ayuda financiera. No obstante, los pacientes que reciben ayuda financiera de un Fideicomisario, Condado, ayuda estatal y/o federal, con pruebas adecuadas de ello, no necesitan proporcionarle al hospital otra información sobre ingresos, y las municipalidades que realizan calificaciones de pacientes para ayuda a los ingresos y para los servicios de salud están reconocidas como agencias de calificación y no se necesitará más información cuando se tiene una prueba adecuada de ello. La documentación sobre ingresos y activos (cuando corresponde) debe estar incluida para todos los pacientes que soliciten ayuda financiera, cuando esa información está disponible y accesible para el paciente. Durante el proceso de monitoreo, con la firma del paciente expresa su pedido de ayuda financiera. En aquellas instancias en donde debido a circunstancias más allá de su control, la documentación no está disponible, se utilizará la información obtenida durante el proceso de entrevistas o la obtenida de otras personas de apoyo que informen las circunstancias financieras del paciente para intentar determinar la elegibilidad. Si no se suministra la documentación adecuada, Metodista también puede buscar información adicional. Se necesitan pruebas confiables para fundamentar la necesidad de ayuda financiera. Los ingresos se determinarán antes de la deducción de impuestos. Se necesita la siguiente documentación sobre ingresos de los pacientes o sus garantes para determinar la elegibilidad:

1. Copia de la declaración de impuestos federal y de todos los listados adjuntos del año más reciente.
2. Prueba de ingresos actual (copia de los recibos de sueldo u otra documentación)
3. Prueba de otros ingresos, incluye ganancias, pagos por desempleo, pagos a trabajadores, Seguridad Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos,

beneficios a sobrevivientes, ingresos por pensiones o jubilaciones, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades, fideicomisos, estipendios educativos, pensiones por alimentos, apoyo regular de miembros de la familia que no viven en el hogar, pagos de seguros y anualidades, etc.

4. Resúmenes de cuentas bancarias actuales
5. Aunque el programa PAF se basa principalmente en los ingresos, como se menciona en esta política, en algunos casos se valorarán los activos del hogar o de la familia. Los pacientes/garantes van a tener que proporcionar documentación u otra información solicitada acerca de los activos.

Los beneficios que no son dinero en efectivo (como vales de alimentos y subsidios a la vivienda) no se contabilizan y las pérdidas de capital también se excluyen del cálculo de los ingresos.

La siguiente documentación sobre activos se le requiere a los pacientes o sus garantes para determinar su elegibilidad:

1. Cuentas corrientes
2. Cajas de ahorros
3. Cuenta de mercado de dinero
4. Certificados de depósito
5. Anualidades
6. Cuentas de inversión que no son de jubilaciones
7. Cuentas de jubilación, incluso pensiones
8. Propiedad inmueble
9. Otros activos

Las solicitudes de ayuda financiera se pueden enviar hasta 240 días luego de la fecha del primer aviso de pago luego del alta médica.

Si una solicitud está incompleta o hubo un pedido de información adicional, la solicitud quedará activa por 30 días luego de la fecha de la carta que se le envió al solicitante para solicitar esta información. Si el solicitante no responde dentro de un plazo de 30 días, la solicitud se negará.

Durante el período en el cual la Solicitud de Ayuda Financiera (SAF) completa se está analizando se detendrán los procedimientos de cobro. La SAF estará documentada en el registro del paciente o escaneada y esto estará notado en la cuenta. El proceso de facturación normal debe continuar mientras la SAF está siendo analizada y tomada en consideración. Si una SAF resulta aprobada por el representante de Metodista, esto estará mencionado en los archivos del paciente y el saldo de la cuenta se ajustará en consecuencia usando el código correspondiente. Las Solicitudes de Ayuda Financiera se deben enviar a la siguiente oficina:

The Methodist Hospitals, Inc.
Servicios Financieros
600 Grant
Gary, IN 46402
Fax: 219-886-6930

The Methodist Hospitals, Inc.
Servicios Financieros
8701 Broadway

Merrillville, IN 46410
Fax: 219-738-6606

Si se niega la ayuda financiera, el paciente o su garante pueden volver a solicitarla en cualquier momento en que se produzcan cambios en sus ingresos o en su situación.

DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD, APELACIONES Y RESOLUCIÓN DE CONTROVERSIAS

Se le debe notificar a los pacientes la decisión con respecto a su SAF dentro de los treinta (30) días de presentada la solicitud completa. Al solicitante considerado con derecho a ayuda financiera se le reintegrarán los pagos realizados en exceso del monto que se considera que adeuda el paciente o garante sobre las cuentas impagas para la cuales se les concede ayuda según la Política de Ayuda Financiera de Metodista. Los reintegros se aplican a pagos en exceso de \$5 o más. Según esta política, la ayuda financiera generalmente no se extiende a copagos o saldos luego del seguro cuando el paciente no obtiene las derivaciones o autorizaciones necesarias, o si esa ayuda no está de acuerdo con el acuerdo contractual con el seguro, por lo tanto, los pagos recibidos no se reintegrarán.

Los pacientes pueden apelar esta decisión por escrito dentro de los 30 días de recibida la notificación a:

The Methodist Hospitals, Inc.
At.: Servicios Financieros
600 Grant St.
Gary, IN 46402
Fax: 219-886-6930

Las apelaciones deben presentarse dentro de los 30 días de la fecha de la decisión original. El Comité de Ayuda Financiera revisará la apelación para reconsiderarla. Las decisiones del Comité de Ayuda serán finales.

PERÍODO DE CALIFICACIÓN

Si se determina que un solicitante tiene derecho a la ayuda, Metodista le concederá ayuda financiera por un período de cuatro meses desde la fecha de la aprobación. La ayuda financiera también se aplica a de manera retroactiva a cuentas impagas de cuentas con derecho a ello para los servicios prestados doce meses antes de la fecha de la solicitud.

NOTIFICACIÓN DE AYUDA FINANCIERA

La información sobre la Política de Ayuda Financiera de Metodista y las instrucciones sobre cómo contactar a Metodista para solicitar la ayuda y obtener más información, como así también la información sobre opciones de pago, se publicará en la recepción de hospitales y clínicas y en los lugares de admisión de pacientes. Esta información también se puede obtener de asesores financieros en toda la organización.

La Política de Ayuda Financiera de Metodista, la solicitud, El Resumen en Lenguaje Claro, la Política de Facturación y Cobranzas; y la Política de Auto-Pago estarán disponibles en el sitio web del sistema en

www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/. Esta información también está disponible sin cargo. Si necesita ayuda para completar la Solicitud de Ayuda Financiera, puede llamar al (219) 886-4584 o (219) 738-5508 para hablar con el asesor financiero.

La información sobre la Política de Ayuda Financiera de Metodista se les comunicará a los pacientes en un lenguaje culturalmente adecuado. La información sobre ayuda financiera, y la notificación publicada en las clínicas se traducirán a cualquier idioma que sea el idioma principal de la cantidad menor entre 1000 o el 5% de los residentes en el área de servicio.

Además, Metodista incluye la referencia a las políticas de pago y a la ayuda financiera en todos los avisos de pago impresos mensuales y cartas de cobranzas. La información sobre la Política de Ayuda Financiera de Metodista está disponible, en cualquier momento, a pedido del paciente.

REQUISITOS REGULATORIOS

Metodista cumple con todas las leyes, reglamentos y regulaciones federales, estatales y locales y los requisitos de reporte que pueden corresponder a las actividades realizadas según esta política. Esta política requiere que Metodista rastree la ayuda financiera proporcionada para asegurar que se reporte con exactitud. La información sobre la ayuda financiera proporcionada según esta política se volcará anualmente en el Formulario 990 de la Hacienda Pública Listado H.

MANTENIMIENTO DE REGISTROS

Metodista documentará toda la ayuda financiera para mantener un control adecuado y cumplir con todos los requisitos de cumplimiento internos y externos.

Limitaciones del programa

The Methodist Hospitals, Inc. se compromete a prestar servicios a las personas menos privilegiadas dentro de nuestra comunidad con el mayor alcance posible que permitan nuestros recursos financieros limitados. Para asegurar una administración prudente de los recursos limitados, Metodista revisará estos programas regularmente y realizará ajustes a nuestros recursos financieros limitados para asegurar la permanencia y compromiso con servicios futuros para los más necesitados.

V. REFERENCIA:

Política de la Ley de Tratamientos de Urgencia y Trabajo (EMTALA, por sus siglas en inglés)

Política de Auto-pago, Facturación & Cobranzas

Guías de Pobreza Federales, Ministerio de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos

Notificación 2015-46 de la Hacienda Pública y 29 del Código de Regulaciones Federales (CFR, por sus siglas en inglés) §§1.501(r) (4) – (6)

26 CFR 250 (31 Dic 2014) p78954-79016

Apéndice 1: Formulario de Solicitud de Ayuda Financiera

Apéndice 2: IPF

Apéndice 3: Proveedores y departamentos cubiertos

Apéndice 4: Porcentaje de Sumas Facturadas Generalmente (SFG)

Apéndice 5: Documentos de Acceso Público

Apéndice 6: Resumen en Lenguaje Claro

V. INFORMACIÓN SOBRE EL DOCUMENTO

A. Preparado por

Gerente de Acceso de Pacientes 1/6/2016

Supervisor de Servicios Financieros al Paciente 1/6/16

Director del Ciclo de Renta 1/6/16

B. Requisitos de Revisión y Renovación

Esta política se revisará cada tres años y cuando lo requieran los cambios de leyes, prácticas o normas.

C. Historia de revisiones/ modificaciones

Modificado el: 15/08/2007

Modificado el: 30/07/2008

Modificado el: 14/10/2009

Modificado el: 25/09/2012

Modificado el: 01/05/2014

Modificado el: 1/11/2014

Modificado el: 30/06/2016

Modificado el: 20/03/2017—FPL and AGB %

D. Aprobaciones

1. Esta Política & Procedimiento fue revisada y aprobada por el Director de Departamento & Vice Presidente(s) del/los Grupo(s) de Servicio:

Director de Departamento

Pete Melcher

Fecha

30/06/2016

Jefe de Finanzas

Matthew Doyle

Fecha

30/06/2016

HISTORIA DE MODIFICACIONES: 16/08//2007; 30/07/2008; 14/10/2009; 25/09/2012; 01/05/2014; 01/11/2014; 30/06/2016; 20/03/2017

A esta Política & Procedimiento la ha revisado y/o aprobado el/los siguiente/s comité/s:

Comité de Ayuda Financiera

Política de Ayuda Financiera

Apéndice 1

The Methodist Hospitals, Inc.
Solicitud de Ayuda Financiera

Fecha de la solicitud _____

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA *HELPING HEART & MHCI*
*DE THE METHODIST HOSPITALS, INCORPORATION***

Campus Northlake (219) 886-4584 Campus Southlake (219) 738-5508

(Por favor lea y escriba sus iniciales en las siguientes declaraciones)

_____ Esta política se aplica solamente a cargos facturados por la Metodista hospitales, incluidos los cargos para los proveedores facturan por la Metodista hospitals. Esta política no aplica a otros proveedores que lo atiendan en los hospitales Metodistas.

_____ Entiendo que me van a solicitar pruebas de la información que proporcioné en este formulario y estoy de acuerdo en proporcionarle al hospital la verificación que sea necesaria.

_____ Los recursos son limitados y es necesario establecer límites y guías. Esos límites no están diseñados para rechazar o desalentar a las personas necesitadas a que busquen tratamiento. Ellos están en su lugar para asegurar que los recursos que los hospitales metodistas puede permitirse el lujo de dedicar a sus pacientes se centran en aquellos pacientes que están en necesidad de asistencia financiera, en lugar de aquellos que optan por no pagar. Sólo emergencia y los servicios de salud médicamente necesarios son elegibles para recibir servicios gratuitos o con descuento.

_____ La evaluación financiera y la revisión de la información financiera del paciente están destinadas a la evaluación de las necesidades y también para tener una visión holística de las circunstancias del paciente. Para servicios programados que excedan los \$900 se necesita un informe crediticio actual del paciente/garante.

_____ La información provista en esta solicitud es fiel y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que las declaraciones que realicé en este formulario están sujetas a investigación y verificación.

_____ Entiendo que si una persona recibe ayuda por haber proporcionado información falsa o por no proporcionar información puede ser sometida a procesos penales según la ley del estado aplicable.

Nombre del Paciente _____

(En letra de imprenta)

Firma del Paciente/Garante _____

Domicilio _____

Teléfono fijo # _____ **Teléfono celular #** _____

Fecha de nacimiento _____ **Número de Seguridad Social** _____

Pruebas y/o procedimientos programados _____

Diagnóstico y código ICD9 _____

Fecha del servicio o cuenta # _____

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA *HELPING HEART & MHCI*
DE *THE METHODIST HOSPITALS, INCORPORATION***

Por favor ayúdenos a ayudarlo en la determinación de tu derecho a recibir atención médica gratuita o con descuento en tu factura del Hospital Metodista:

Unidad familiar (Por favor complete toda la información siguiente)

Nombre	Edad	Parentesco	Cumple con las regulaciones de IRS sobre dependiente/Apoyo	Empleado

Información sobre el empleo -Paciente

Empleador actual:	
Domicilio:	Teléfono #
Fecha de comienzo:	Fecha de finalización:

Información sobre el empleo-Cónyuge

Empleador actual:	
Domicilio:	Teléfono #
Fecha de comienzo:	Fecha de finalización:

Información sobre el empleo- Otro

Empleador actual:	
Domicilio:	Teléfono #
Fecha de comienzo:	Fecha de finalización:

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA *HELPING HEART & MHHCI*
*DE METHODIST HOSPITALS, INCORPORATION***

INFORMACIÓN SOBRE INGRESOS

Yo y/o mi cónyuge o madre/padre(s) percibimos dinero. (Rodee con un círculo la respuesta)
 SI NO

Si la respuesta es “Sí”, el dinero proviene de:

- | | |
|---|--|
| A. Ingreso de Seguridad de Ingreso Complementario | I. Beneficios sindicales |
| B. Seguridad Social | J. Beneficios por enfermedad |
| C. Beneficios al veterano | K. Alquilan habitaciones o vive en una pensión |
| D. Jubilación del Ferrocarril | L. Alquiler de propiedades |
| E. Pensión | M. Dinero regular de familiares |
| F. Asignación Militar | N. Salario |
| G. Pago a desempleados | O. Otro (describir) _____ |
| H. Pagos de Ayuda | |

Tipo (letra de arriba)	Nombre de la persona que lo percibe	¿Para quién?	Monto	¿Con qué frecuencia?

INGRESO ANUAL: Copia del IRS más actual 1040 Declaración del impuesto sobre la renta(s).

Ingreso mensual combinado: Por favor agregar los ingresos enumerados arriba.*

A. Paciente/Garante		\$ _____
B. Cónyuge	+	\$ _____
C. Otros ingresos de dependientes legales	+	\$ _____

***Documentación requerida**

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA *HELPING HEART & MHHCI*
*DE METHODIST HOSPITALS, INCORPORATION***

Las respuestas a las siguientes preguntas pueden ser utilizados además de los criterios de ingreso familiar para determinar la elegibilidad financiera :

Recursos (Marque todas las que correspondan y proporcionar el monto en dólares)

__ Caja de Ahorro \$ _____	__ Otro dinero en una cuenta de entierros en un banco
__ Certificado de Depósito \$ _____	con director de funerales, o con otros
__ Cuenta Corriente \$ _____	(Especificar y ofrecer cantidad en dólares)
__ Bonos de Ahorro de EEUU \$ _____	_____
__ Acciones o Títulos Valor \$ _____	_____
__ Ahorros y Asociaciones de Préstamos \$ _____	__ Otro (Especificar y ofrecer cantidad en dólares)
__ Acciones de Cooperativas de Crédito \$ _____	_____
__ Reintegro de Impuesto a las ganancias \$ _____	_____

- a. ¿La cabeza de hogar es viudo/a o divorciado/a? _____
- b. Si es divorciado/a ¿Cuál es el monto de la pensión por alimentos y/o alimentos de los hijos que recibe/paga? _____
- c. ¿Existe algún otro problema médico o financiero en la unidad familiar? _____
- d. ¿El paciente ha solicitado la quiebra recientemente? _____

Para procesar su solicitud se le va a solicitar copia de recibos de sueldo, resúmenes bancarios, formularios de impuesto a las ganancias y cualquier otro documento de apoyo.

Adjuntar una hoja adicional si es necesario para responder las preguntas.

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA *HELPING HEART & MHHCI DE THE METHODIST HOSPITALS, INCORPORATION*

OTROS DOCUMENTOS DE APOYO que se van a solicitar:

1. Copia de la declaración de impuestos federales, y todos los anexos adjuntos, a partir del año fiscal más reciente.
2. La prueba actual de ingresos (3 copia de recibos de pago u otra documentación)
3. Prueba de otros ingresos, incluye los ingresos, compensación por desempleo, compensación, Seguridad Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, los trabajadores veteranos pagos, prestaciones de supervivencia, pensión o de ingresos de jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de propiedades , fideicomisos, becas educativas, pensión alimenticia, apoyo regular de miembros de la familia que no viven en los pagos de los hogares, seguro y anualidades, etc.
4. Extractos de cuenta corriente (3 meses)
5. Si bien el programa FAP está principalmente basada en los ingresos, como se menciona en esta política, se valorarán y se añaden a los ingresos totales de la unidad familiar o de la familia en algunos casos activos. Los pacientes / garantes tendrán que proporcionar razonablemente documentación y otra información solicitada en relación con los activos.

Nombre en imprenta de la persona que completa el formulario si no es el paciente _____
Relación con el paciente _____

AUTORIZACIÓN PARA REVELAR INFORMACIÓN

Por medio del presente certifico que la información que antecede es fiel y exacta a mi leal saber y entender. Estoy de acuerdo en informar a *The Methodist Hospitals, Inc.* cualquier cambio en la situación de mis ingresos dentro de los diez días de producidos. Además, solicitaré cualquier ayuda (*Medicaid, Medicare, etc.*) que pueda estar disponible para mí para el pago de mis gastos hospitalarios o de otras facturas por servicios médicos. Entiendo que *The Methodist Hospitals, Inc.*, se reserva el derecho de obtener una copia de mi archivo de crédito como parte del proceso de la solicitud. (*La solicitud no se puede procesar sin firma*).

ENTIENDO QUE LA INFORMACIÓN QUE ENVÍO ESTÁ SUJETA A VERIFICACIONES POR PARTE DE THE METHODIST HOSPITALS, INC. O SUS ENTIDADES/ INSTALACIONES Y ESTÁ SUJETA A LAS REVISIONES DE TERCEROS REQUERIDAS. CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN PROPORCIONADA ES FIEL Y CORRECTA.

Firma del paciente _____ Fecha _____

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA *HELPING HEART & MHHCI DE THE METHODIST HOSPITALS, INCORPORATION*

Solicitud de Documento

Con el fin de ayudarle con su Medicaid o facilitar la aplicación del corazón, necesitaremos la siguiente información:

***** Por favor, presentar toda la que se aplica *****

- La utilidad total del hogar (esto incluye todos los miembros de su hogar)
- Talones de cheques de los últimos 3 meses
- Declaración de impuestos federales para el año anterior
- Discapacidad / Seguridad Social / Child Support / Pensión alimenticia / SSI / Ingreso por alquiler / pensión / Paro, etc
- 3 Meses extractos bancarios
- Hipoteca / recibos de alquiler
- Licencia identificación del estado / de conducir / tarjeta de la Seguridad Social Certificados de nacimiento /
- Las declaraciones notariadas de la Persona que proporciona alimento y refugio para el Paciente
- Carta del municipio (de recibir asistencia)
- Verificación de Asistencia de DFR, foodstamps, TANF, etc
- Efectivo Valor de Rescate de los seguros de vida

Esta información debe ser devuelto a más tardar 30 días después de la recepción de solicitudes. La no presentación de esta información en tiempo resultará en un retraso de oportunidades para obtener ayuda. Por favor, no envíe documentos originales, ya que no serán devueltos; son muy preferidos copias.

Si reúne los requisitos para el Programa de la Caridad del corazón Ayudar a menos de 100%, por favor haga arreglos de pago sobre el saldo restante. Un plan de pago sin intereses se pueden organizar para los saldos pagados dentro de los 12 meses. Si se necesita más de 12 meses, por favor, póngase en contacto con el Departamento de Servicios Financieros para la asistencia:

Campus Southlake
Servicios Financieros
Methodist Hospital
8701 Broadway Ave
Merrillville, IN 46410
(219) 738-5508

Campus Northlake
Servicios Financieros
Methodist Hospital
600 Grant Street
Gary, IN 46402
(219) 886-4584

Política de Ayuda Financiera
Apéndice 2
Nivel de descuento (Desde enero de 2017)

Umbral de Ingreso & Activos: Los siguientes números son las guías de pobreza de 2017 de Salud y Servicios Sociales que se publicaron en el Registro Federal el 31 de enero de 2017.

Personas en la familia/hogar	Guía de pobreza (100%)	200% de pobreza	300% de pobreza	350% de pobreza	400% de pobreza	Umbral de ingresos (100% de pobreza x6)
1	\$12,060	\$24,120	\$36,180	\$42,210	\$48,240	\$72,360
2	\$16,240	\$32,480	\$48,720	\$56,840	\$64,496	\$97,440
3	\$20,420	\$40,840	\$61,260	\$71,470	\$81,680	\$122,520
4	\$24,600	\$49,200	\$73,800	\$86,100	\$98,400	\$147,600
5	\$28,780	\$57,560	\$86,340	\$100,730	\$115,120	\$172,680
6	\$32,960	\$65,920	\$98,880	\$115,360	\$131,840	\$197,760
7	\$37,140	\$74,280	\$111,420	\$129,990	\$148,560	\$222,840
8	\$41,320	\$82,640	\$123,960	\$144,620	\$165,280	\$247,920

Política de Ayuda Financiera
Apéndice 3
Proveedores y Departamentos Cubiertos

- 1) *The Methodist Hospitals, Inc.* (Hospital): Todas las sedes
- 2) Médicos y auxiliares, médicos que facturan con el número de identificación tributaria de Metodista, que son los siguientes: *Methodist Physician Group; Indiana Surgical Associates de Methodist Hospitals, Inc.*; y Médicos de Hospital.

Nota: Los servicios deben estar cubiertos por la Política de Ayuda Financiera y deben haberlos prestado los Proveedores y Departamentos Cubiertos para calificar para ayuda financiera.

Proveedores que NO están cubiertos por la Política de Ayuda Financiera

- 1) Médicos/ auxiliares médicos del Departamento de Urgencias
- 2) Radiólogos y auxiliares médicos
- 3) Patólogos y auxiliares médicos
- 4) Anestesiólogos y auxiliares médicos
- 5) Todos los otros médicos y auxiliares médicos que no facturan con el número de identificación tributaria de Metodista

Política de Ayuda Financiera
Apéndice 4
Porcentaje de Sumas Facturadas Generalmente (SFG)

Metodista usa el método de "Actualización". Metodista puede cambiar el método de cálculo y/o el porcentaje facturado de la SFG en cualquier momento en el futuro cuando se actualice esta política.

Porcentaje de SFG para el 1 de marzo de 2015 -- 27,7% (72,3% de descuento de los cargos. Sobre la base de los reclamos de *Medicare* pagados en 2014)

Porcentaje de ABG para 1 de marzo de 2016 -- 25,1%. (74,9% de descuento sobre los cargos. Sobre la base de los reclamos a *Medicare* pagados en 2015)

Porcentaje de ABG para 1 de marzo de 2017 -- 23,3%. (76,7% de descuento sobre los cargos. Sobre la base de los reclamos a *Medicare* pagados en 2016)

Política de Ayuda Financiera
Apéndice 5
Acceso Público a la Política

La información sobre la Política de Ayuda Financiera de Metodista, y la Política de Auto-pago, Facturación y Cobranza estará disponible para los pacientes y la comunidad a quien presta servicios Metodista a través de varias fuentes.

1. Los pacientes y garantes pueden pedir copias gratuitas de la Política de Ayuda Financiera, la Política de auto-pago, facturación y cobranza, la Solicitud de Ayuda Financiera, y/o el Resumen en Lenguaje Claro por correo a:

The Methodist Hospitals, Inc.
Attn: Servicios Financieros
600 Grant St.
Gary, IN 46402

2. Los pacientes y garantes pueden pedir copias gratuitas de la Política de Ayuda Financiera, la Política de auto-pago, Facturación y Cobranza, la Solicitud de Ayuda Financiera, y/o el Resumen en Lenguaje Claro por teléfono al (219) 886-4584 o (219) 738-5508.
3. Los pacientes y garantes pueden descargar copias de la Política de Ayuda Financiera, la política de auto-pago, facturación y cobranzas, la Solicitud de Ayuda Financiera, y/o el Resumen en Lenguaje Claro a través de www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/.
4. Los pacientes y garantes pueden pedir copias gratuitas de la Política de Ayuda Financiera, la Política de auto-pago, facturación y cobranza, la Solicitud de Ayuda Financiera, y/o el Resumen en Lenguaje Claro en persona en los siguientes domicilios:

- a. Methodist Hospitals
600 Grant St.
Gary, IN 46402

- b. Methodist Hospitals
8701 Broadway
Merrillville, IN 46410

Política de Ayuda Financiera
Apéndice 6
Resumen en Lenguaje Claro
The Methodist Hospitals, Inc.

The Methodist Hospitals, Inc.
RESUMEN DE LA POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA

The Methodist Hospitals, Inc. (“Metodista”) se dedica a prestar servicios de salud a sus pacientes. Para ayudar a satisfacer esas necesidades, hemos establecido una “Política de Ayuda Financiera” para proporcionar un alivio financiero a aquellos pacientes que solicitan ayuda para servicios Médicamente Necesarios y no pueden cumplir con sus obligaciones financieras. La Política de Ayuda Financiera se aplica a todas las sedes de Metodista, y los médicos y auxiliares médicos empleados por éste.

Los solicitantes deben tener...

- La ciudadanía de los Estados Unidos
- Seguro limitado o sin seguro de salud (con seguro insuficiente o sin seguro)
- Un ingreso en el hogar del 400% o menos según Guías de Pobreza Federales o tener un saldo muy adverso desde el punto de vista financiero.

Para los pacientes sin seguro, ofrecemos servicios de urgencias y otros servicios médicamente necesarios en nuestro hospital sin cargo para el paciente si su ingreso es del 200% o menos según las Guías de Pobreza Federales (las “GPF”). Los pacientes cuyo ingreso se encuentre entre el 200 – 400% de las GPF tienen derecho a un alivio en una escala móvil. Todos los solicitantes serán monitoreados para buscar otras fuentes de pago para determinar qué nivel de ayuda financiera se puede otorgar. Todos los solicitantes deben cumplir con el proceso de solicitud o cumplir con una presunción de requisitos de caridad para poder recibir la ayuda financiera. Si usted no tiene seguro y no tiene derecho a ayuda financiera, aún es posible que califique para un descuento según la Política de auto-pago. Por favor solicite hablar con un asesor financiero acerca de la política de auto-pago.

Si tiene seguro, aún puede calificar para ayuda financiera para su saldo de paciente. El saldo de paciente (cuando lo permite el plan privado de seguro/ empleador) por urgencias u otros servicios médicamente necesarios se ajustará si su ingreso está por debajo del 200% de las Guías de Pobreza Federales (las “GPF”). Los pacientes cuyo ingreso se encuentre entre el 200 – 400% de las GPF tienen derecho a una escala móvil de alivio financiero. Todos los pacientes serán monitoreados para buscar otras fuentes de ingresos para determinar qué nivel de ayuda financiera se puede otorgar. Todos los solicitantes deben cumplir con el proceso de solicitud para poder recibir la ayuda financiera.

Si tiene un saldo muy adverso, que se define como un saldo adeudado a Metodista que sea superior al 25% de su ingreso familiar anual determinado en un período 12 meses, puede tener derecho a ayuda financiera. Por favor solicite hablar con un asesor financiero para informarse.

Según la Política de Ayuda Financiera, los montos facturados a usted por las urgencias u otros servicios médicamente necesarios no serán superiores al monto de los porcentajes promedio que paga *Medicare*.

Usted puede solicitar ayuda financiera en cualquier momento, incluso luego de que los servicios hayan sido prestados; no obstante, hay limitaciones de tiempo, como así también limitaciones en lo que respecta a qué servicios/ cuentas califican para la ayuda financiera—por favor lea la Política de Ayuda Financiera completa y/o solicite hablar con un asesor financiero. Puede obtener una copia gratuita de la Política de Ayuda Financiera y del formulario de la Solicitud de Ayuda Financiera mediante los siguientes métodos: (1) en el sitio web del Hospital Metodista en www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/; o (2) en nuestros campus Northlake o Southlake en nuestras áreas de admisión o departamentos de urgencias; o (3) llamando a Servicios Financieros al **219-886-4584 o 219-738-5508** para solicitar que le enviemos por correo una copia gratuita de nuestra Política de Ayuda Financiera y nuestro formulario de solicitud de ayuda. También tiene la opción de acordar una cita con nuestros asesores financieros. Ellos están para ayudarlo a completar la solicitud—no dude en consultarlos.

La Política de Ayuda Financiera se aplica únicamente a Metodista y para médicos y auxiliares médicos que facturan con el número de identificación tributaria de Metodista. Esta política no se aplica a médicos que no son empleados ni a médicos y auxiliares médicos que también tratan pacientes en Metodista. En el Apéndice 3 de la Política de Ayuda Financiera encontrará un listado de proveedores que no están cubiertos por esta política.