

ASUNTO:	ASISTENCIA FINANCIERA	Página 1 de 16
APLICABLE:	Nebraska Methodist Hospital, Methodist Women's Hospital, Methodist Jennie Edmundson y Methodist Physicians Clinic	
FECHA DE VIGENCIA:	04/04	
REVISADO/EVALUADO:	06/05, 05/10, 12/10, 03/11, 11/11, 03/12, 10/13, 09/14, 08/15	
OBJETIVO:	DEFINICIÓN DE LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA	

I. OBJETIVO:

El objetivo de esta política es describir las circunstancias en las cuales se puede prestar asistencia financiera a pacientes de bajos ingresos que se califiquen para servicios de atención de salud médicamente necesarios entregados en instalaciones o por proveedores que forman parte del Nebraska Methodist Health System cuyo nombre comercial es Methodist Health System (MHS).

II. POLÍTICA:

Methodist Health System es una organización de atención de salud sin fines de lucro guiado por un compromiso con su misión y valores centrales prestando servicios compasivos. Es tanto la filosofía como la práctica de cada instalación y proveedor de MHS que los servicios de atención de salud médicamente necesarios se encuentren disponibles para todos los pacientes, y para aquellos que tengan una necesidad médica de emergencia, sin demora y sin importar su capacidad de pagar.

Los pacientes que se califiquen para la asistencia financiera de MHS recibirán la atención con tarifas rebajadas. La política de asistencia financiera de MHS tiene la intención de cumplir con las leyes federales y estatales aplicables. Se presta asistencia financiera conforme esta política con la expectativa que los pacientes cooperarán con los procedimientos de solicitud de la política y aquellos de programas de beneficios públicos o de cobertura que se puedan encontrar disponibles para cubrir los costos de la atención. Methodist Health System no discriminará por motivos de edad, sexo, raza, religión, color, discapacidad, orientación sexual, origen nacional o estado de inmigración cuando haga determinaciones para la asistencia financiera.

III. DEFINICIONES:

Las siguientes definiciones se aplican a todas las secciones de esta política.

Cantidad facturada generalmente: La cantidad facturada generalmente es el pago esperado de los pacientes, o del garante de un paciente, elegibles para la asistencia financiera. Para los pacientes sin seguro esta cantidad no sobrepasará la tarifa del pago promedio recibido retrospectivamente de Medicare y de las aseguradoras de salud privadas, incluida toda la responsabilidad del paciente. Para los pacientes con cobertura de terceros, el pagador determinará la cantidad permitida y la responsabilidad financiera del paciente.

Bienes: Se considerarán ciertos bienes cuando se determine la elegibilidad de asistencia financiera.

Atención con descuento: Asistencia financiera que proporciona un porcentaje de descuento escalonado para los pacientes elegibles, o garantes de pacientes, con ingresos familiares anualizados entre el 200 y 400 % del Nivel federal de pobreza.

Afección médica de emergencia: Según se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd), la expresión “afección de emergencia médica” indica:

(1) una afección médica que se manifiesta con síntomas agudos de gravedad suficiente (incluso dolor agudo) de manera que podría esperarse en forma razonable que la falta de atención médica inmediata

- ponga en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del bebé por nacer),
- afecte gravemente las funciones corporales, o
- provoque disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o con respecto a una mujer embarazada que está con contracciones–
- que no haya tiempo adecuado para llevar a cabo un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o
- que la transferencia pueda representar una amenaza a la salud o seguridad de la mujer o del bebé por nacer.

Familia: Según lo define la Oficina del Censo de los EE. UU., un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente declara como dependiente a alguien en su declaración de

impuestos sobre la renta, según las reglas del Servicio de Impuestos Internos (IRS), esta persona puede ser considerada como dependiente al determinar la elegibilidad para esta política.

Bienes familiares: Los bienes de la familia (bienes familiares) de un solicitante son los bienes combinados (según se indica más adelante) de todos los miembros adultos de la familia que viven juntos en el mismo hogar. Los bienes incluyen cuentas bancarias, certificados de depósito, cuentas de inversiones, bienes raíces (excluida la residencia principal) y otros bienes varios. No se consideran parte de los bienes familiares los bienes de fondos de jubilación.

Ingresos familiares: Los ingresos de la familia de un solicitante son los ingresos brutos combinados de todos los miembros adultos de la familia que viven juntos en el mismo hogar y que están incluidos en la declaración de impuestos federales más reciente. Para los pacientes menores de 18 años de edad, el ingreso familiar incluye el de sus padres y/o padrastros o parientes cuidadores.

Nivel federal de pobreza: El Nivel federal de pobreza (FPL) usa umbrales de ingresos, que varían por tamaño y composición de la familia, para determinar cuáles son las personas que viven en la pobreza en los Estados Unidos. El Ministerio de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos lo actualiza periódicamente en el Registro Federal según la autoridad de la Subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Se pueden consultar las pautas actuales del FPL en <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>

Asistencia financiera: Asistencia provista a los pacientes elegibles, que de otra manera sufrirían penuria financiera, para aliviar la totalidad o parte de sus obligaciones financieras por la atención médica necesaria entregada por MHS.

Atención gratuita: Una exoneración del 100% de las obligaciones financieras de paciente resultantes de los servicios médicos elegibles entregados por MHS a pacientes elegibles sin seguro o con seguro insuficiente, o sus garantes, con ingresos familiares anuales máximos de 200% del Nivel de pobreza federal.

Garante: Una persona que no es el paciente y que es responsable por el pago de la factura del paciente.

Cargos brutos: Cargos totales según la tarifa completa establecida por la entrega de los servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones por ingresos.

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 4 de 16

Penuria por razones médicas: Asistencia financiera entregada a los pacientes elegibles con ingresos familiares anuales sobre el 400 % del Nivel de pobreza federal y las obligaciones financieras resultantes de los servicios médicos prestados por MHS y otros proveedores de atención médica sobre el 25 % del ingreso familiar.

Medicamente necesario: Según la definición de los programas estatales de Medicaid en Nebraska y Iowa, se trata de servicios o suministros que son médicamente adecuados y necesarios para cumplir con las necesidades de salud básicas consistentes con el diagnóstico de la afección del paciente. El tratamiento debe estar de acuerdo con las normas de las buenas prácticas médicas, tener un valor demostrado y ser consecuente en tipo, frecuencia y duración con las pautas basadas científicamente en investigaciones médicas nacionales u organizaciones de cobertura de atención médica o entidades gubernamentales. El tratamiento deberá cumplir con las necesidades médicas del paciente sin depender de la conveniencia del paciente ni del profesional de salud o cuidador del paciente. El tratamiento se debe entregar de la forma más eficiente en cuanto a costos y dentro del tipo de instalación adecuada para la prestación de los servicios cubiertos dentro de un equilibrio adecuado de seguridad, efectividad y eficiencia.

Plan de pagos: Un plan de pagos prolongado acordado entre MHS y el paciente, o el garante del paciente, para cubrir los costos de bolsillo. El plan de pagos deberá considerar las circunstancias financieras del paciente, la cantidad adeudada y todo pago anterior.

Período de calificación: A los solicitantes que sean determinados elegibles para recibir asistencia financiera se les entregará dicha asistencia por un período de seis meses. Esta asistencia se aplicará también en forma retroactiva a las facturas impagas de servicios elegibles que están activos dentro de las cuentas por cobrar de MHS.

Descuento para personas sin seguro: A los pacientes no elegibles para la asistencia financiera y que no tengan cobertura de terceros para los servicios de emergencia o médicamente necesarios entregados por MHS se les otorgará un descuento equivalente al promedio de la cantidad facturada generalmente.

Paciente con seguro insuficiente: Una persona, con cobertura de seguro privado o público, que tendría penuria financiera para pagar por completo los gastos directos de bolsillo previstos por los servicios médicos que ha entregado MHS.

Paciente sin seguro: Un paciente sin cobertura de terceros provista a través de una aseguradora comercial, un plan ERISA, un Programa de atención de salud federal (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y Tricare,) Compensación de trabajadores (Workers’s Comp), o la asistencia de otros para ayudarlo a cumplir con sus obligaciones de pago como paciente.

IV. SERVICIOS ELEGIBLES:

Los servicios elegibles conforme a esta política de asistencia financiera deben ser clínicamente adecuados y estar dentro de las normas de práctica médica generalmente aceptados. Entre ellos se incluyen los siguientes.

1. Servicios médicos de emergencia provistos por una instalación de emergencia. La atención entregada en una instalación de emergencia continuará hasta que se haya estabilizado la afección del paciente antes de proceder a determinar planes de pago.
2. Los servicios por una afección que, si no se trata inmediatamente, provocaría a un cambio adverso en el estado de salud del paciente.
3. Los servicios no electivos provistos en respuesta a circunstancias de vida o muerte en una instalación que no es de emergencia.
4. Otros servicios médicamente necesarios, por ejemplo, servicios de atención de salud como paciente interno o ambulatorio provistos con el fin de realizar la evaluación, el diagnóstico y/o el tratamiento de una lesión, afección, enfermedad o sus síntomas. Asimismo, los servicios definidos generalmente por Medicare u otra cobertura de seguro de salud como “artículos o servicios cubiertos”.
5. Los servicios de los proveedores de atención médica empleados por MHS y entregados en las instalaciones de MHS.

Entre los servicios no elegibles para la asistencia financiera se incluyen los siguientes:

1. Procedimientos electivos que no son médicamente necesarios.
2. Cirugía estética, servicios o productos ofrecidos a través de Skin Renewal Clinic, servicios reproductivos, procedimientos bariátricos no cubiertos por seguros, atención experimental, o servicios entregados en el marco de un programa de investigación clínica.
3. Los servicios de los proveedores de atención médica empleados por MHS pero entregados en oficinas privadas, no en las instalaciones de MHS.
4. Aquellos servicios recibidos de proveedores de atención médica no facturados por MHS. Es posible que entre los proveedores de atención médica no facturados por MHS se incluyan: radiólogos, anestesiólogos, cirujanos, hospitalista, médicos de clínicas para el cuidado de heridas, neonatólogos, pulmonólogos, además de diversos especialistas médicos así como también el transporte en ambulancia. Los pacientes deben ponerse en contacto con los proveedores de servicios directamente para averiguar acerca de la asistencia y coordinar los planes de pagos directamente con estos profesionales de salud.

Consulte el Apéndice A; Methodist Health System mantiene una lista de proveedores disponible a pedido (sin costo).

V. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

La asistencia financiera se extenderá a los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente, o a un garante del paciente, de acuerdo con la política de MHS. Se considerará la elegibilidad de aquellas personas que no puedan pagar por su atención; esta se basará en una combinación de ingreso familiar, bienes y obligaciones médicas.

La asistencia financiera se extenderá a los pacientes sin seguro y con seguro insuficiente, o a un garante del paciente, dependiendo de las necesidades financieras y en cumplimiento con las leyes federales y estatales. Los solicitantes de asistencia financiera serán responsables de presentar las solicitudes respectivas a los programas públicos y obtener la cobertura de seguro de salud privado. Puede que se les niegue la asistencia financiera a los pacientes, o a los garantes de pacientes, que decidan no cooperar al solicitar los programas identificados por MHS como fuentes posibles de pago por la atención.

Según los reglamentos de la LEY FEDERAL DE TRATAMIENTO DE EMERGENCIAS MÉDICAS Y TRABAJO DE PARTO (FEDERAL EMERGENCY MEDICAL TREATMENT AND LABOR ACT, EMTALA), no se debe seleccionar a ningún paciente para asistencia financiera o información de pago antes de entregarle los servicios en situaciones de emergencia.

Para obtener la asistencia financiera los pacientes, o garantes de pacientes, deben cooperar con el proceso de solicitud descrito en esta política. Se espera que contribuyan al costo de su atención conforme a su capacidad de pagar, según se indica en esta política.

Por lo general, la asistencia financiera no se encuentra disponible para copagos del paciente o saldos impagos después del seguro cuando un paciente no cumple razonablemente con los requisitos del seguro, como obtener las derivaciones o autorizaciones adecuadas. Se ofrecerá asistencia financiera a los pacientes con seguro insuficiente siempre y cuando dicha asistencia esté conforme a las obligaciones contractuales de la aseguradora.

VI. ASISTENCIA FINANCIERA:

El tipo de asistencia que se brindará estará basada en una combinación de ingreso familiar, bienes familiares y obligaciones médicas. Se usará el nivel de pobreza federal para determinar la elegibilidad del solicitante para la asistencia financiera. Los solicitantes elegibles recibirán la siguiente asistencia.

Descuento para personas sin seguro: A los pacientes sin cobertura de terceros se les otorgará un descuento en las facturas de MHS equivalente a la cantidad facturada generalmente.

Atención gratuita completa: Se determinará como cubierta la cantidad total de los cargos de MHS conforme a esta política de asistencia financiera para todo paciente sin seguro o con seguro insuficiente, o garante de paciente, cuyo ingreso familiar bruto sea como máximo de 200% del nivel de pobreza federal y no existan bienes para pagar la cantidad adeudada.

Atención con descuento: Se usará la escala variable de tarifas de MHS para determinar la cantidad elegible para asistencia financiera de todo paciente sin seguro o con seguro insuficiente, o garante de paciente, con ingresos familiares brutos superiores al 200% pero como máximo 400% del nivel de pobreza federal después de que se hayan agotado o negado todas las posibilidades de pago de terceros a disposición del solicitante y se hayan evaluado los recursos financieros personales y no existan bienes disponibles para pagar los cargos facturados.

Se otorgarán descuentos basados en el ingreso familiar del paciente, o del garante, según el siguiente plan.

Son elegibles para recibir un 80 % de descuento sobre el saldo impago del paciente si los ingresos familiares están sobre el 200 % del Nivel federal de pobreza pero son iguales al 250 % del Nivel de pobreza federal o inferiores.

Son elegibles para recibir un 60% de descuento sobre el saldo impago del paciente si los ingresos familiares están sobre el 250% del Nivel federal de pobreza pero son iguales al 300% del Nivel de pobreza federal o inferiores.

Son elegibles para recibir un 40% de descuento sobre el saldo impago del paciente si los ingresos familiares están sobre el 300% del Nivel federal de pobreza pero son iguales al 350% del Nivel de pobreza federal o inferiores.

Son elegibles para recibir un 20% de descuento sobre el saldo impago del paciente si los ingresos familiares están sobre el 350% del Nivel federal de pobreza pero son iguales al 400% del Nivel de pobreza federal o inferiores.

NOTA: Si los bienes familiares superan el 600% del Nivel federal de pobreza, los descuentos anteriores se reducirán a 60%, 40%, 20% y 0, respectivamente.

Penuria por razones médicas: Los cargos de Methodist Health System pueden ser elegibles para asistencia financiera en el caso de pacientes o garantes con ingresos familiares superiores al 400% del nivel de pobreza federal cuando las circunstancias indican penuria financiera grave. Puede que sean elegibles los pacientes, o sus garantes, para asistencia por penuria por razones médicas si han incurrido en obligaciones directas del bolsillo resultantes de los servicios médicos provistos por MHS, así como de otros proveedores de atención médica, que superen el 25% del ingreso familiar y no hay disponibles bienes familiares suficientes para pagar la obligación.

Los pacientes, o sus garantes, que cumplan con los criterios de elegibilidad por penuria por razones médicas recibirán descuentos en sus cargos de MHS en una cantidad igual al 25% del ingreso familiar.

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 9 de 16

Planes de pagos: Se espera el pago total de los saldos impagos dentro de 30 días de la factura inicial. Si no es factible para un paciente o garante pagar la totalidad dentro de este lapso de tiempo, puede que se prolongue un plan de pagos hasta tres meses. La coordinación para los planes de pagos debe hacerse mediante el Servicio al cliente de MHS o con el Asesor financiero del paciente de MHS. Si se aprueba, el plan será sin intereses. Los planes de pagos se desarrollan solo después de que se ha determinado la elegibilidad para la Asistencia financiera.

Los pacientes son responsables de comunicarse con el servicio al cliente siempre que no pueda cumplirse con un plan de pagos acordado. La falta de comunicación de parte del paciente puede hacer que se asigne la cuenta a una agencia de cobranzas.

VII. SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA:

A las personas que soliciten la atención de emergencia, o cuyo representante ha presentado una solicitud si el paciente está incapacitado, Methodist Health System efectuará un examen médico para determinar si existe una condición de emergencia médica. No se retrasarán los exámenes ni el tratamiento para averiguar acerca de los métodos de pago o la cobertura de seguro, o la ciudadanía o estado legal del paciente.

Methodist Health System tratará una persona con una afección de emergencia médica hasta que se haya resuelto o estabilizado la afección y el paciente pueda cuidarse por sí solo tras ser dado de alta, o si no le es posible, que pueda recibir el cuidado continuo necesario. Se brindará la atención de paciente interno a un nivel igual para todos los pacientes, sin importar su capacidad de pago. No se dará a alta a un paciente que tenga una afección médica de emergencia antes de que esté estabilizado si se cancela el seguro del paciente o se interrumpe el pago de alguna manera durante la permanencia en el hospital.

Si MHS no tiene la capacidad para tratar la afección médica de emergencia, efectuará un traslado adecuado del paciente a otro hospital con dicha capacidad.

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 10 de 16

VIII. CANTIDADES FACTURADAS A LOS PACIENTES ELEGIBLES PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA:

Methodist Health System ha decidido usar el método de historial para determinar la cantidad facturada generalmente (amount generally billed, AGB). Conforme a este método MHS calcula el porcentaje de descuento anualizado en las reclamaciones permitidas por la atención de emergencia y otras médicamente necesarias entregadas a los pacientes cubiertos por Medicare y seguros de salud privados, incluida toda responsabilidad del paciente por un periodo de doce meses. No se esperará que los pacientes que se determinen elegibles para la asistencia financiera paguen los cargos brutos por los servicios elegibles mientras estén cubiertos por la política de asistencia financiera de MHS. Las preguntas referentes a la cantidad facturada generalmente deben dirigirse al departamento de Servicio al cliente de Methodist Health System llamando al 402-354-4230 o al 888-485-4494. Las preguntas pueden dirigirse igualmente a www.bestcare.org/FinancialAssistance.

Para obtener más información acerca de los porcentajes de la cantidad facturada generalmente (AGB), comuníquese con Methodist Health System, Financial Assistance, 8511 West Dodge Road, PO Box 2797 Omaha, NE 68103-2797.

Ejemplo:

Cargos brutos incurridos por la visita al Departamento de Emergencia:	\$200.00
Descuento de la cantidad facturada generalmente (AGB)	(\$100.00)
Cantidad neta adeudada por el paciente, obligación del paciente	\$100.00
Descuento de asistencia financiera del 40% (ingreso a 300% del FPL)	(\$ 40.00)
Adeudado por el paciente	<u>\$ 60.00</u>

IX. SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA:

Las determinaciones de elegibilidad para asistencia financiera se basarán en la política de MHS y una evaluación de las circunstancias financieras del solicitante y la necesidad. Los pacientes serán informados de la política de asistencia financiera y el proceso para presentar una solicitud. Pueden presentarse las solicitudes de asistencia financiera hasta 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta. Los pacientes, o el garante del paciente, tienen la responsabilidad de cooperar en la solicitud de asistencia financiera entregando información sobre tamaño de la familia y documentación de ingresos y bienes.

Methodist Health System hará lo posible por explicar los beneficios de Medicaid y otros programas disponibles de cobertura pública y privada a los pacientes, o a los garantes de pacientes. El MHS tomará medidas para ayudar a los pacientes, o al garante de un paciente, a solicitar programas que puedan asistirlos en la obtención y el pago de servicios de atención médica. Se esperará que los pacientes identificados como potencialmente calificados soliciten estos programas; a aquellos pacientes que decidan no cooperar en solicitar los programas puede denegárseles la asistencia financiera.

En el caso de solicitudes incompletas, se notificará al solicitante por escrito de toda la información o documentación requerida para llevar a cabo la solicitud. Se le informará al solicitante que debe recibirse esta información dentro de un plazo de 30 días a partir de la fecha de franqueo postal de la notificación. Si el solicitante no responde con la información necesaria para llevar a cabo la solicitud dentro del plazo de 30 días, se denegará la solicitud de asistencia.

Se comunicará a los pacientes la información sobre la política de asistencia de MHS usando un lenguaje fácil de entender, culturalmente adecuado, y en el primer idioma que hablen 1,000 residentes o el 5 % de los residentes (lo que sea menor) en comunidades que componen el área de servicio de MHS.

Documentación:

La elegibilidad para asistencia financiera se basará en la necesidad financiera en el momento de la solicitud. En general, se requiere documentación para respaldar una solicitud de asistencia financiera. Si no se entrega documentación adecuada, MHS puede procurar obtener información adicional.

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 12 de 16

La documentación de ingreso incluye:

1. Copia de la declaración de impuestos correspondiente al año fiscal más reciente incluidos todos los anexos, W-2s y 1099.
2. Una copia del recibo de sueldo más reciente.
3. Si recibe ingreso del seguro social: una copia del cheque o una copia de un estado de cuenta bancario que muestre el depósito más reciente del seguro social.
4. Si está desempleado: verificación de toda remuneración recibida. Ejemplo: compensación por desempleo, compensación de trabajadores.

Información de bienes: También se les pedirá a los solicitantes entregar información sobre bienes monetarios como cuentas de cheques, ahorros o cuentas del mercado monetario, certificados de depósitos a plazo, cuentas de inversiones que no sean para la jubilación así como bienes raíces aparte de su residencia principal y otros bienes.

Puede que no haya requisitos de documentación de ciertos ingresos si tienen saldos impagos inferiores a \$2,000.

Debe completarse un formulario de solicitud de asistencia financiera y entregarse documentación con el fin de efectuar una determinación de elegibilidad. Si hay una solicitud incompleta, o si ha habido una solicitud de información adicional, la solicitud permanecerá activa durante 30 días desde la fecha en que se envió por correo la carta al solicitante pidiendo estos datos. Si no ha contestado el solicitante dentro del plazo de 30 días, se denegará la solicitud.

Deben presentarse las solicitudes de asistencia financiera en la oficina siguiente:

**Methodist Health System
Financial Assistance
8511 West Dodge Road
P.O. Box 2797
Omaha, NE 68103-2797
402-354-4230 or 888-485-4494**

www.bestcare.org/FinancialAssistance

X. PERÍODO DE CALIFICACIÓN:

Las solicitudes completadas de asistencia financiera se procesarán rápidamente y se notificará a los solicitantes dentro de un plazo de 30 días de haber recibido una solicitud completada. Si se aprueba la elegibilidad, MHS concederá la asistencia financiera por un periodo de seis meses. La asistencia financiera se aplicará también a las facturas impagas incurridas por servicios elegibles dentro de un plazo de 240 días del primer estado de cuenta posterior al alta. No se denegará a ningún paciente la asistencia basándose en no haber entregado información o documentación que no se requiere en la solicitud.

Si se deniega la asistencia financiera, el paciente o el garante del paciente puede volver a presentar la solicitud en algún momento en que haya habido un cambio de ingreso o de situación.

XI. ELEGIBILIDAD PRESUNTA:

Methodist Health System entiende que no todos los pacientes pueden completar una solicitud de asistencia financiera o cumplir con las peticiones de documentación. Puede haber casos en que la calificación de un paciente para recibir asistencia financiera se establece sin llevar a cabo la solicitud de asistencia financiera formal. MHS puede utilizar otra información para determinar si no se puede cobrar la cuenta de un paciente y se utilizará esta información para determinar la elegibilidad presunta.

Puede otorgarse la elegibilidad presunta a los pacientes basándose en que califiquen para otros programas o circunstancias de vida como:

1. sin domicilio fijo o recibe atención en una clínica o en un hogar para desamparados;
2. falleció el paciente sin sucesión conocida;
3. Programa para mujeres, bebés y niños (WIC);
4. Beneficios del Programa de Alimentos Saludables a Su Alcance (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), conocido anteriormente como de cupones de alimentos (Food Stamps) a modo de evidencia de necesidad, y por lo tanto presuntamente elegible.

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 14 de 16

Para los pacientes que no respondan al proceso de solicitud de MHS, puede utilizarse información de otras fuentes para tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de los pacientes que no respondan. El propósito de utilizar esta información es hacer la mejor estimación disponible a falta de datos que aporte directamente el paciente.

El MHS utiliza una solución analítica de elegibilidad presunta que examina los datos históricos en combinación con la información económica del núcleo familiar. Evalúa cuentas basándose en las siguientes normas: ingreso disponible del núcleo familiar, tamaño del núcleo familiar, capacidad de hacer pagos y sobre-exigencia en comparación con las pautas federales de pobreza. La solución analítica utiliza datos socioeconómicos de numerosas fuentes como datos del Censo. Usando esta estrategia de elegibilidad presunta, se asigna una puntuación al nivel del paciente individual. La puntuación permite a Servicios Financieros para Pacientes satisfacer los requisitos de procesamiento interno, brindando a la vez un beneficio a la comunidad al perdonar saldos impagos de cuentas en casos necesitados.

Esta estrategia permite a MHS evaluar cuentas para asistencia financiera por igual, sin importar la capacidad del paciente para completar una solicitud de asistencia.

Cuando la solución de elegibilidad presunta sea la base para determinar la elegibilidad, se concederá un descuento total de atención gratuita por servicios calificados solo para fechas de servicio retrospectivas.

No se enviarán estas cuentas a cobranza y no se incluirán en gastos por deudas incobrables.

En caso de que un paciente no califique conforme al conjunto de reglas presuntas, igualmente puede considerarse al paciente dentro del proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 15 de 16

XII. APELACIONES Y RESOLUCIÓN DE DISPUUTAS:

Los solicitantes a quienes se deniegue asistencia financiera pueden apelar la determinación por escrito dando información sobre el motivo de la apelación y toda información pertinente. Debe recibirse una carta de apelación dentro de un plazo de 30 días de la fecha de la carta de determinación.

Pueden presentarse disputas y apelaciones poniéndose en contacto con:

**Methodist Health System
Financial Assistance
8511 West Dodge Road
P.O. Box 2797
Omaha, NE 68103-2797
402-354-4230 or 888-485-4494**

www.bestcare.org/FinancialAssistance

La apelación será evaluada y se entregará una decisión al paciente dentro de un plazo de 30 días de haber recibido una apelación completada por escrito.

XIII. NOTIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA:

Se pondrá la información acerca de asistencia financiera a disposición de los pacientes y de la comunidad que atiende MHS. En el sitio web del sistema estarán disponibles la política de asistencia financiera de MHS, la solicitud y un resumen en lenguaje simplificado de la política. También se entregará información sobre asistencia financiera en el paquete informativo de admisión del paciente. Se colocará la política de asistencia financiera de MHS e instrucciones sobre cómo contactar a MHS para recibir asistencia y más detalles en las sedes del hospital y clínicas de médicos que admitan y registren pacientes, así como en los departamentos de emergencia de hospital(es). También se incluirá información sobre asistencia financiera en los estados de cuenta de los pacientes.

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 16 de 16

La información sobre asistencia financiera y el aviso colocado en sedes del hospital y clínicas de médicos estará en inglés, español y en cualquier otro idioma que sea el idioma principal que hablen 1,000 residentes o el 5 % de los residentes (lo que sea menor) en el área de servicio.

El paciente, el garante de un paciente, un amigo cercano o colaborador del paciente puede presentar una solicitud de asistencia financiera conforme a las leyes de privacidad aplicables. El MHS contestará las solicitudes verbales o escritas pidiendo más detalles sobre la política de asistencia financiera efectuadas por un paciente o cualquier interesado. Cualquier integrante del personal de MHS puede derivar a un paciente a un asesor financiero a fin de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera.

El MHS distribuirá materiales informativos sobre la política de asistencia financiera a las agencias y organizaciones sin fines de lucro que atienden a la población de bajos ingresos en el área de servicio del hospital o clínica en particular.

XIV. REQUISITOS REGLAMENTARIOS:

Methodist Health System cumplirá con todas las leyes, reglas y reglamentos federales, estatales y locales, además de los requisitos de informes que puedan corresponder a las actividades efectuadas conforme a esta política. Esta política exige que MHS realice el seguimiento de la asistencia financiera brindada para asegurar informes correctos. Los datos sobre asistencia financiera entregada conforme a esta política se informarán anualmente en el Formulario del IRS 990 Anexo H.

XV. CONTABILIDAD:

Methodist Health System documentará toda asistencia financiera con el fin de mantener controles adecuados y cumplir con todos los requisitos internos y externos de acatamiento.

XVI. APROBACIÓN DE LA POLÍTICA:

Esta política fue aprobada por el Comité de Auditoría de MHS el 25 de agosto de 2015 y la Junta de Directores de MHS el 27 de agosto de 2015. La política de asistencia financiera de MHS está sujeta a revisiones periódicas. Los cambios importantes a la política deben ser aprobados por la Junta de directores de MHS (o un comité designado).