

POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS

TÍTULO: FACTURACIÓN Y COBRO

FECHA DE ORIGEN DE LA ASISTENCIA FINANCIERA: 04/04

FECHA DE REVISIÓN: 5/06, 10/05, 10/12, 11/03, 11/11, 12/03, 13/10, 14/09, 15/08, 17/09, 17/12, 18/09, 18/11, 23/09

FECHA DE REVISIÓN: 19/11, 23/09

OBJETIVO: DEFINIR LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

I. OBJETIVO:

El objetivo de esta política es describir las circunstancias bajo las cuales se puede brindar asistencia financiera a pacientes que califiquen para servicios de atención médica necesarios y de emergencia proporcionados en instalaciones o por proveedores que son parte del Nebraska Methodist Health System D/B/A Methodist Health System (MHS).

II. POLÍTICA:

Methodist Health System es una organización de atención médica sin fines de lucro que se guía por el compromiso con su misión y valores fundamentales a través de un servicio compasivo. Es filosofía y práctica de cada centro y proveedor de MHS que los servicios de atención médica necesarios estén disponibles para los pacientes, y para aquellos con necesidades médicas urgentes, sin demora e independientemente de su capacidad de pago.

Los pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera de MHS recibirán atención médica gratuita o con descuento. La política de asistencia financiera de MHS tiene como objetivo cumplir con las leyes federales y estatales aplicables. La asistencia financiera que se proporciona en virtud de esta política se ofrece con la expectativa de que los pacientes cooperen con los procedimientos de solicitud de la política y con los de los programas de beneficios públicos o de cobertura que puedan estar disponibles para cubrir el costo de la atención médica. MHS no discriminará por motivos de edad, sexo, raza, credo, color, discapacidad, orientación sexual, origen nacional o estatus migratorio al tomar decisiones asistencia financiera.

III. DEFINICIONES:

Las siguientes definiciones son aplicables a todas las secciones de esta política.

Importe generalmente facturado o IGF: El importe generalmente facturado es el pago esperado de los pacientes, o del garante del paciente, que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera antes de la aplicación de cualquier descuento adicional concedido en virtud de esta política. Esta cantidad equivale a la tasa de pago promedio recibida retrospectivamente de Medicare y de las aseguradoras de salud privadas, incluyendo toda la responsabilidad del paciente, calculada como se describe con más detalle en esta política.

Período de aplicación: El período de aplicación es el que ocurra más tarde entre 240 días después de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta o no menos de 30 días después de la fecha en que MHS proporcione al paciente el aviso final requerido para iniciar acciones de cobro extraordinarias ("ECA") de conformidad con la política de facturación y cobro.

Activos: Ciertos activos se tendrán en cuenta al determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. Los activos incluyen cuentas bancarias, certificados de depósito, cuentas de inversión, bienes inmuebles (excluyendo la vivienda principal) y otros activos diversos. Los activos de los fondos de jubilación no se consideran parte del patrimonio.

Atención con descuento: Asistencia financiera que proporciona un porcentaje de descuento sobre el IGF para servicios médicos elegibles, basado en una escala móvil, para pacientes elegibles, o garantes de pacientes, con ingresos familiares anualizados entre el 200 y el 400 % del Nivel Federal de Pobreza.

Condición médica de emergencia: Según se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd), el término “condición médica de emergencia” significa:

(1) Una afección médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) como para que la ausencia de atención médica inmediata pueda razonablemente esperarse que dé como resultado:

- Poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su hijo por nacer),
- Deterioro grave de las funciones corporales, o
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones
- Que no haya tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o
- Que dicha transferencia suponga una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto.

Familia: Según la definición de la Oficina del Censo de los Estados Unidos, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos, de acuerdo con las normas del Servicio de Impuestos Internos, dicha persona podrá considerarse dependiente a efectos de determinar la elegibilidad para esta póliza.

Bienes familiares: Los bienes familiares de un solicitante son los bienes combinados de todos los miembros adultos de la familia que viven en el hogar.

Ingresos familiares: Los ingresos familiares de un solicitante son los ingresos brutos combinados de todos los miembros adultos de la familia que viven en el hogar y que se incluyen en la declaración de impuestos federales más reciente. Para los pacientes menores de 18 años, los ingresos familiares incluyen los de los padres y/o padrastros o cuidadores.

Nivel Federal de Pobreza: El Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés) utiliza umbrales de ingresos que varían según el tamaño y la composición de la familia para determinar quién se encuentra en situación de pobreza en los Estados Unidos. Es actualizado periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad del inciso (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Las directrices actuales sobre el Nivel Federal de Pobreza (FPL) pueden consultarse en <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>

Asistencia financiera: Asistencia proporcionada a pacientes elegibles que, de otro modo, experimentarían dificultades financieras, para aliviarles total o parcialmente su obligación financiera por la atención médicamente necesaria o de emergencia proporcionada por MHS según lo determinado en esta política.

Atención gratuita: Exención del 100 % de la obligación financiera del paciente, derivada de los servicios médicos elegibles proporcionados por MHS para pacientes elegibles, o sus garantes, con ingresos familiares anuales iguales o inferiores al 200 % del Nivel Federal de Pobreza, *sin embargo, los pacientes que cumplen con el umbral del Nivel Federal de Pobreza, pero tienen activos familiares que superan el 600 % del Nivel Federal de Pobreza no califican para la Atención Gratuita Total.*

Garante: Una persona distinta del paciente que es responsable del pago de la factura del paciente.

Cargos brutos: Cargos totales a la tarifa establecida para la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones de los ingresos.

Dificultades médicas: Asistencia financiera proporcionada a pacientes elegibles con ingresos familiares anualizados que superen el 400 % del Nivel Federal de Pobreza y obligaciones financieras derivadas de servicios médicos elegibles proporcionados por MHS y otros proveedores de atención médica, que superen el 25 % del mayor de los ingresos familiares o los activos familiares.

Necesidad médica: Según lo definen los programas estatales de Medicaid en Nebraska e Iowa, como servicios o suministros que son médicamente apropiados y necesarios para satisfacer las necesidades básicas de salud de acuerdo con el diagnóstico de la condición del paciente. El tratamiento debe ajustarse a las normas de buenas prácticas médicas, tener un valor demostrado y ser consistente en tipo, frecuencia y duración con las directrices científicamente fundamentadas de las organizaciones nacionales de investigación médica o de cobertura sanitaria, o de los organismos gubernamentales. Tratamiento necesario para satisfacer la necesidad médica del paciente por razones distintas a la conveniencia del paciente o de su médico o cuidador. El tratamiento deberá prestarse de la manera más rentable y en el entorno más adecuado para la prestación del servicio cubierto, manteniendo un equilibrio apropiado entre seguridad, eficacia y eficiencia.

Plan de pago: Un plan de pago extendido acordado tanto por MHS como por el paciente, o el garante del paciente, para los gastos de bolsillo. El plan de pago deberá tener en cuenta la situación financiera del paciente, el importe adeudado y cualquier pago realizado anteriormente.

Período de calificación: A los solicitantes que se determine que son elegibles para asistencia financiera se les otorgará asistencia por un período de seis meses; sin embargo, se les brindará a los pacientes elegibles una oportunidad adicional para solicitar una mayor asistencia financiera para facturas futuras. La ayuda también se aplicará retroactivamente a las facturas impagas correspondientes a servicios médicos elegibles que estén activas en las cuentas por cobrar de MHS.

Descuento para pacientes sin seguro: Los pacientes que no sean elegibles para asistencia financiera bajo otras categorías de asistencia financiera y que no tengan cobertura de terceros para servicios de emergencia o médicamente necesarios proporcionados por MHS recibirán un descuento de tal manera que la obligación total del paciente sea igual al IGF.

Paciente con seguro insuficiente: Una persona, con cobertura de seguro privado o público, que (i) no proporciona cobertura para servicios médicamente necesarios o de emergencia, (ii) ha excedido la responsabilidad máxima bajo su cobertura de seguro, o (iii) tiene un copago o deducible evaluado bajo el contrato de seguro del paciente para quien sería una dificultad financiera pagar completamente los gastos de bolsillo esperados por los servicios médicos proporcionados por MHS.

Paciente sin seguro: Un paciente sin cobertura de terceros proporcionada a través de una aseguradora externa, un plan ERISA, un Programa Federal de Atención Médica (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y Tricare), indemnización laboral u otra asistencia de terceros para ayudar a cumplir con las obligaciones de pago del paciente.

IV. SERVICIOS ELEGIBLES:

Los servicios prestados por profesionales sanitarios empleados por MHS en instalaciones de MHS son elegibles bajo esta política de asistencia financiera siempre que sean clínicamente apropiados, se ajusten a los estándares de práctica médica generalmente aceptados y cumplan con los siguientes estándares:

1. Servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de emergencia. La atención prestada en un entorno de urgencias continuará hasta que el estado del paciente se haya estabilizado, antes de que se determinen las modalidades de pago.

2. Servicios para una afección que, de no ser tratada con prontitud, provocaría un cambio adverso en el estado de salud del paciente.
3. Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida, fuera del ámbito de las salas de urgencias.
4. Otros servicios médicamente necesarios, por ejemplo, servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios proporcionados con el fin de evaluar, diagnosticar y/o tratar una lesión, enfermedad o sus síntomas. Además, se incluyen los servicios que Medicare u otros seguros médicos suelen definir como "artículos o servicios cubiertos".

Los servicios que no son elegibles para asistencia financiera incluyen los siguientes:

1. Procedimientos electivos no necesarios desde el punto de vista médico.
2. Cirugía estética, servicios o productos ofrecidos a través de la Clínica de Renovación de la Piel, servicios reproductivos, procedimientos bariátricos no cubiertos por el seguro, atención experimental o servicios prestados en el marco de un programa de investigación clínica.
3. Servicios prestados por profesionales sanitarios empleados por MHS pero que se ofrecen en instalaciones ajenas a MHS.
4. Los servicios recibidos de proveedores de atención médica que no son facturados por MHS se enumeran a continuación.
5. Aquellos servicios que cumplen con los criterios de elegibilidad para la tarifa de pago en efectivo y se prestan a un paciente que cumple con los criterios como paciente de tarifa de pago en efectivo y ha firmado la exención de responsabilidad para pago en efectivo al por menor.
6. Servicios de terapia CAR-T.

MHS enumera en un documento aparte los proveedores que están sujetos a esta política y los que no lo están. Entre los proveedores de atención médica que no están sujetos a esta política se incluyen: radiólogos, anestesiólogos, cirujanos, médicos hospitalarios, médicos de clínicas de heridas, neonatólogos, neumólogos, además de varios médicos especialistas y el transporte en ambulancia. Los pacientes deben ponerse en contacto directamente con los proveedores de servicios no participantes para solicitar ayuda y acordar las modalidades de pago directamente con estos profesionales. Para obtener una lista actualizada de proveedores, de forma gratuita, consulte la sección IX – Solicitud de asistencia financiera, donde encontrará la información de contacto correspondiente.

V. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD:

La asistencia financiera para los servicios elegibles se extenderá a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, o al garante del paciente, o a aquellos que estén sujetos a dificultades médicas de acuerdo con la política de MHS. Se tendrá en cuenta la elegibilidad de aquellas personas que no puedan pagar su atención médica; esta se basará en una combinación de ingresos familiares, patrimonio y obligaciones médicas.

Se brindará asistencia financiera a los pacientes, o al garante del paciente, en función de su necesidad económica y de conformidad con las leyes federales y estatales. Los solicitantes de asistencia financiera serán responsables de solicitar programas públicos y de obtener un seguro médico privado. A los pacientes, o a sus garantes, que opten por no cooperar en la solicitud de programas identificados por MHS como posibles fuentes de pago para la atención médica, se les puede denegar la asistencia financiera.

De conformidad con las regulaciones de la LEY FEDERAL DE TRABAJO Y TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA (EMTALA, por sus siglas en inglés), ningún paciente debe ser evaluado para obtener asistencia financiera o información de pago antes de la prestación de servicios en situaciones de emergencia, ni se debe realizar ninguna actividad de cobro de deudas antes de la estabilización de cualquier condición médica de emergencia.

Los pacientes, o sus garantes, deben cooperar con el proceso de solicitud descrito en esta política para obtener asistencia financiera. Se espera que contribuyan al costo de su atención médica en función de su capacidad de pago, tal como se describe en esta política.

Por lo general, no se ofrece asistencia financiera para el copago del paciente ni para los saldos pendientes después de que el seguro los haya cubierto, cuando el paciente no cumple razonablemente con los requisitos del seguro, como la obtención de las derivaciones o autorizaciones adecuadas.

Se ofrecerá asistencia financiera a los pacientes con cobertura insuficiente, siempre que dicha asistencia esté en conformidad con las obligaciones contractuales de la aseguradora.

VI. CUMPLIMIENTO DE MEDICARE/DETERMINACIÓN DE INDIGENCIA:

Methodist Health System aplica esta política de asistencia financiera de manera uniforme a todos los pacientes, independientemente de la fuente de pago, incluidos los pacientes cubiertos por Medicare.

Las determinaciones de indigencia financiera o médica se realizan de conformidad con 42 CFR §413.89 y se basan en una evaluación individualizada de los ingresos familiares del paciente, los bienes familiares y las circunstancias financieras atenuantes.

La determinación de la indigencia no se basa únicamente en la declaración verbal o escrita del paciente sobre su incapacidad para pagar. Se requiere documentación justificativa y solo se tendrán en cuenta los activos que estén razonablemente disponibles y sean convertibles en efectivo, excluyendo los activos necesarios para la vida diaria del paciente.

Las aprobaciones de asistencia financiera se otorgan antes de la cancelación -de la cuenta y no se aplican de manera rutinaria ni automática a los deducibles o coseguros de Medicare. Los pacientes de Medicare son evaluados utilizando los mismos criterios de elegibilidad y proceso de solicitud que los pacientes que no son de -Medicare.

Las decisiones sobre la asistencia caritativa conforme a esta política se toman independientemente de la actividad de recaudación, a menos que se haya demostrado fehacientemente la indigencia de acuerdo con esta política y las regulaciones federales aplicables.

Methodist Health System mantiene documentación verificable que respalda todas las determinaciones de asistencia financiera e indigencia, la cual se conservará y estará disponible a solicitud para fines de revisión regulatoria e -informes de costos.

VII. ASISTENCIA FINANCIERA:

El tipo de ayuda que se proporcionará se basará en una combinación de los ingresos familiares, el patrimonio familiar y las obligaciones médicas. El umbral federal de pobreza, los ingresos familiares y el patrimonio familiar se utilizarán para determinar la elegibilidad de un solicitante para recibir asistencia financiera. Los descuentos otorgados a los pacientes que cumplan los requisitos en virtud de esta política se descontarán de los montos generalmente facturados. Los solicitantes que cumplan los requisitos podrán recibir la siguiente ayuda:

Atención totalmente gratuita: El importe total de los cargos de MHS se determinará cubierto por esta política de asistencia financiera para cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente, o garante del paciente, cuyos ingresos familiares brutos sean iguales o inferiores al 200 % del nivel federal de pobreza actual; *sin embargo, los pacientes que cumplan con el umbral del FPL, pero tengan activos familiares que superen el 600 % del FPL no califican para la atención totalmente gratuita.*

Atención con descuento: La escala de tarifas móviles de MHS se utilizará para determinar la cantidad elegible para asistencia financiera para cualquier paciente sin seguro o con seguro insuficiente, o garante del paciente, con ingresos familiares brutos mayores al 200 % pero iguales o inferiores al 400 % del nivel federal de pobreza actual después de que se hayan agotado o denegado todas las posibilidades de pago de terceros disponibles para el solicitante.

Se aplicarán descuentos en función de los ingresos familiares del paciente o del garante, según el siguiente calendario.

Los hogares con ingresos superiores al 200 % del FPL, pero iguales o inferiores al 250 % del FPL, pueden optar a un descuento del 80 % sobre el saldo pendiente del paciente.

Los hogares con ingresos superiores al 250 % del FPL, pero iguales o inferiores al 300 % del FPL, pueden optar a un descuento del 60 % sobre el saldo pendiente del paciente.

Los hogares con ingresos superiores al 300 % del FPL, pero iguales o inferiores al 350 % del FPL, pueden optar a un descuento del 40 % sobre el saldo pendiente del paciente.

Los hogares con ingresos superiores al 350 % del FPL, pero iguales o inferiores al 400 % del FPL, pueden optar a un descuento del 20 % sobre el saldo pendiente del paciente.

Si el patrimonio familiar supera el 600 % del nivel de pobreza federal, los descuentos mencionados se reducirán al 60 %, 40 %, 20 % y 0 %, respectivamente.

Dificultades médicas: Los cargos del Methodist Health System son elegibles para asistencia financiera para pacientes o garantes con ingresos familiares superiores al 400 % del nivel federal de pobreza cuando las circunstancias indican graves dificultades financieras. Los pacientes, o sus garantes, pueden optar a la ayuda por dificultades médicas si han incurrido en gastos de bolsillo derivados de los servicios médicos prestados por MHS, así como por otros proveedores de atención médica, que superen el 25 % del mayor de los siguientes importes: los ingresos familiares o el patrimonio familiar.

Los pacientes, o sus garantes, que cumplan con los criterios de elegibilidad por dificultades médicas, verán reducidos sus cargos de MHS a un monto equivalente al 25 % del mayor de los siguientes valores: los ingresos familiares o el patrimonio familiar.

Descuento para pacientes sin seguro: A los pacientes sin seguro que no cumplan con los criterios de elegibilidad para recibir atención médica gratuita completa o atención con descuento, o que no califiquen para dificultades médicas, se les otorgará un descuento para que la obligación total del paciente sea igual al IGF por la atención brindada.

VIII. SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA:

Methodist Health System proporcionará a las personas que soliciten atención de emergencia, o a aquellas en cuyo nombre un representante haya realizado la solicitud si el paciente no puede hacerlo, un examen médico de evaluación previa para determinar si existe una condición médica de emergencia. El examen y el tratamiento no se retrasarán para indagar sobre los métodos de pago o la cobertura del seguro, ni sobre la ciudadanía o el estatus legal del paciente, ni se permitirán actividades de cobro de deudas mientras exista una emergencia médica.

Methodist Health System brindará tratamiento a las personas con afecciones médicas de emergencia hasta que estas se resuelvan o estabilicen y el paciente pueda cuidarse a sí mismo tras el alta, o, si no puede, reciba la atención continua necesaria. La atención hospitalaria se proporcionará al mismo nivel a todos los pacientes, independientemente de su capacidad de pago. Ningún paciente con una afección médica de emergencia será dado de alta antes de su estabilización si su seguro médico se cancela o deja de pagar durante su estancia.

Si MHS no tiene la capacidad de tratar la emergencia médica, trasladará al paciente a otro hospital que sí la tenga.

IX. MONTOS FACTURADOS A PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA FINANCIERA:

Methodist Health System ha optado por utilizar el método de revisión retrospectiva para determinar el importe generalmente facturado (IGF). Según este método, MHS calcula anualmente el porcentaje de descuento sobre las reclamaciones aprobadas por atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios prestados a pacientes cubiertos por Medicare y aseguradoras de salud privadas, incluyendo todos los gastos a cargo del paciente, durante un período de doce meses en cada hospital de MHS. A efectos de esta política, cada nuevo IGF se implementará dentro de los 120 días posteriores al período de 12 meses utilizado por MHS para calcular el IGF para cada hospital de MHS. Los pacientes que reúnan los requisitos para asistencia financiera no tendrán que pagar los cargos brutos por los servicios elegibles cubiertos por la política de asistencia financiera de MHS y no se les cobrará más de lo que corresponde al IGF.

Para obtener gratuitamente el IGF más reciente de cada hospital de MHS y una descripción del cálculo por escrito, consulte la sección IX – Solicitud de asistencia financiera, donde encontrará la información de contacto correspondiente.

Ejemplo:

Costos brutos incurridos por la visita al departamento de emergencias:	\$200.00
Descuento del IGF	(\$100.00)
Importe neto adeudado por el paciente, por obligación del paciente	\$100.00
Descuento del 40 % asistencia financiera (ingresos al 300 % del FPL)	<u>(\$40.00)</u>
A pagar por el paciente	\$60.00

X. SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA:

La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera se basará en esta política y en una evaluación de la situación financiera y las necesidades del solicitante, según la información proporcionada en la solicitud de asistencia financiera u otra información que se describa con mayor detalle en esta política. Se informará a los pacientes sobre la política de asistencia financiera y el proceso para presentar una solicitud. Las solicitudes de asistencia financiera pueden presentarse hasta el final del período de solicitud. Los pacientes, o sus garantes, tienen la responsabilidad de cooperar en la solicitud de asistencia financiera proporcionando información sobre el tamaño de la familia y la documentación de los ingresos y bienes familiares, tal como se requiere en la solicitud de asistencia financiera.

Methodist Health System hará todo lo posible por explicar a los pacientes, o a sus garantes, los beneficios de Medicaid y otros programas de cobertura públicos y privados disponibles. MHS tomará medidas para ayudar a los pacientes, o a sus garantes, a solicitar programas que puedan ayudarles a obtener y pagar los servicios de atención médica.

Se espera que los pacientes que sean identificados como potencialmente elegibles soliciten dichos programas; a aquellos pacientes que opten por no cooperar en la solicitud de los programas se les podría negar la asistencia financiera.

En caso de solicitudes incompletas, MHS no tramitará la solicitud y se suspenderán todas las acciones de cobro extraordinarias. Se notificará por escrito al solicitante toda la información o documentación necesaria para completar la solicitud. Se informará al solicitante de que esta información debe recibirse dentro de los 30 días siguientes a la fecha del matasello de la notificación. La notificación escrita incluirá la información de contacto (número de teléfono y ubicación física de la oficina) de la asistencia financiera para pacientes. Si el solicitante no responde con la información necesaria para completar la solicitud dentro del plazo de 30 días, la solicitud no se procesará y las ECA podrán reanudarse; sin embargo, si el paciente presenta una solicitud completa antes del final del período de solicitud, MHS aceptará y procesará la solicitud como completa.

Para obtener una copia de esta política, un resumen en lenguaje sencillo de la misma y una solicitud de asistencia financiera gratuita, consulte la información de contacto correspondiente al final de esta sección. MHS también ofrecerá una copia del resumen en lenguaje sencillo a los pacientes al ingresar o al ser dados de alta de un centro hospitalario de MHS. La información sobre la política de asistencia financiera de MHS se comunicará a los pacientes en un lenguaje fácil de entender, culturalmente apropiado y en el idioma principal hablado por el menor de los siguientes porcentajes: 1000 o el 5 % de los residentes en las comunidades que conforman el área de servicio de MHS.

Documentación:

La elegibilidad para la asistencia financiera se basará en la necesidad económica en el momento de la solicitud. En general, se requiere documentación para respaldar una solicitud de asistencia financiera. Para que una solicitud de asistencia financiera se considere "completa", debe proporcionar toda la información solicitada en el formulario y en las instrucciones del mismo, incluyendo lo siguiente:

La documentación de ingresos incluye:

- 1) Copia de la declaración de impuestos del año fiscal más reciente, incluyendo todos los anexos, formularios W-2 y 1099.
- 2) Una copia del recibo de pago más reciente.
- 3) Si se trata de ingresos de la seguridad social: una copia del cheque o una copia del extracto bancario que muestre el depósito más reciente de la seguridad social.
- 4) Si está desempleado: comprobante de cualquier compensación recibida. Ejemplo: subsidio por desempleo, indemnización laboral

Información sobre activos: A los solicitantes también se les pedirá que proporcionen información sobre activos monetarios como cuentas corrientes, cuentas de ahorro o del mercado monetario, certificados de depósito, cuentas de inversión que no sean para la jubilación, así como bienes inmuebles distintos de la residencia principal y otros activos.

Es posible que no se requieran ciertos documentos de ingresos para saldos de consultas inferiores a \$2,500.

Los pacientes pueden obtener gratuitamente una lista actualizada de los proveedores que están sujetos a esta política y de aquellos que no lo están. Los pacientes también pueden obtener, sin costo alguno, el IGF más reciente de cada hospital de MHS y una descripción del cálculo. Además, los pacientes pueden obtener gratuitamente una copia de esta política, un resumen de la misma en lenguaje sencillo y una solicitud de asistencia financiera. Los pacientes pueden obtener cualquiera de los documentos mencionados anteriormente (i) comunicándose con el departamento de asistencia financiera de MHS al 402-354-4230 o al 888-485-4494; o en la recepción de la sala de emergencias o en el mostrador de admisiones de cualquier centro de MHS; o (ii) descargándolo en www.bestcare.org/tools/Financial-Assistance. Las solicitudes de asistencia financiera deben presentarse en la siguiente oficina:

**Asistencia financiera del
Methodist Health System,
825 South 169th Street
P.O. Box 2797
Omaha, NE 68103-2797
402-354-4230 o 888-485-4494
www.bestcare.org/tools/Financial-Assistance**

XI. PERÍODO DE CALIFICACIÓN:

Las solicitudes de asistencia financiera debidamente cumplimentadas se procesarán con prontitud y se notificará a los solicitantes en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud completa. Si se aprueba la elegibilidad, MHS otorgará asistencia financiera por un periodo de seis meses. La asistencia financiera también se aplicará a las facturas impagadas correspondientes a servicios elegibles que aún se encuentren dentro del periodo de solicitud. Si un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera distinta a la atención gratuita, MHS:

1. Entregará al paciente una factura revisada que establezca: (i) el monto que el paciente adeuda por la atención brindada después de la asistencia financiera, (ii) cómo se determinó el monto revisado; y (iii) ya sea el IGF para la atención brindada o instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener información sobre el IGF para la atención brindada;

2. Proporcionar al paciente un reembolso por cualquier cantidad que haya pagado en exceso de la cantidad adeudada (a menos que dicha cantidad sea inferior a \$5); y
3. Tomar medidas razonables para revertir cualquier ECA tomada contra el paciente.

Si se determina que el paciente no reúne los requisitos para asistencia financiera, MHS le proporcionará una notificación por escrito denegando la solicitud, en la que se indicarán los motivos de dicha denegación. Ningún paciente podrá ser privado de asistencia por no proporcionar información o documentación no requerida en la solicitud. En caso de denegación de la asistencia financiera, el paciente o su garante podrán volver a solicitarla en cualquier momento si se produce un cambio en sus ingresos o situación económica.

XII. PRESUNTA ELEGIBILIDAD:

Methodist Health System comprende que no todos los pacientes pueden completar una solicitud de asistencia financiera o cumplir con las solicitudes de documentación. Puede haber casos en los que se determine que un paciente reúne los requisitos para asistencia financiera sin necesidad de completar la solicitud formal de asistencia financiera. MHS podrá utilizar otra información para determinar si la cuenta de un paciente es incobrable, y esta información se utilizará para determinar la elegibilidad presunta. Dicha información se utilizará únicamente para conceder, no para denegar, asistencia financiera.

Se podrá otorgar la elegibilidad presunta a los pacientes en función de su elegibilidad para otros programas o circunstancias de la vida tales como:

1. Falta de vivienda o el hecho de recibir atención en una clínica o un centro de acogida para personas sin hogar;
2. Paciente fallecido sin herederos conocidos;
3. Programa para mujeres, bebés y niños (WIC, por sus siglas en inglés);
4. Los beneficiarios del programa SNAP (Programa de asistencia nutricional suplementaria, (anteriormente conocido como cupones de alimentos)) son considerados como prueba de necesidad y, por lo tanto, se presume que cumplen con los requisitos.

Para los pacientes que no responden al proceso de solicitud de MHS, se puede utilizar información de otras fuentes para tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de dichos pacientes. El objetivo de utilizar esta información es realizar el mejor presupuesto posible en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente.

MHS utiliza una solución analítica de elegibilidad presunta que examina datos históricos combinados con información económica del hogar. Evalúa las cuentas en función de los siguientes criterios: ingresos familiares disponibles, tamaño del hogar, capacidad de pago y sobreendeudamiento en comparación con las directrices federales de pobreza. La solución analítica utiliza datos socioeconómicos de numerosas fuentes, incluidos los datos del censo. Mediante este enfoque de elegibilidad presunta, se asigna una puntuación a nivel persona de cada paciente. Esta puntuación permite a los Servicios Financieros para Pacientes cumplir con los requisitos de procesamiento interno, al tiempo que proporciona un beneficio a la comunidad mediante la condonación de saldos pendientes para quienes lo necesitan.

Este enfoque permite a MHS evaluar las solicitudes de asistencia financiera de manera equitativa, independientemente de la capacidad del paciente para completar una solicitud de asistencia.

Cuando la solución de elegibilidad presunta sea la base para determinar la elegibilidad, se otorgará un descuento total en la atención gratuita para los servicios elegibles solo para las fechas de servicio retroactivas. Estas cuentas no se enviarán a cobranza ni se incluirán en los gastos deudas incobrables. La solución de elegibilidad presunta no se utilizará para proporcionar asistencia financiera que no sea atención médica gratuita.

En caso de que un paciente no cumpla con los requisitos establecidos en las normas generales, aún podrá ser considerado dentro del proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.

XIII. APELACIONES Y RESOLUCIÓN DE DISPUTAS:

Los solicitantes a quienes se les haya denegado la asistencia financiera podrán apelar la decisión por escrito, proporcionando información sobre el motivo de la apelación y cualquier otra información relevante. La carta de apelación debe recibirse dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la carta de resolución.

Las disputas y apelaciones pueden presentarse contactando a:

**Asistencia financiera de Methodist Health System,
825 South 169th Street
P.O. Box 2797
Omaha, NE 68103-2797
402-354-4230 o 888-485-4494
www.bestcare.org/tools/Financial-Assistance**

La apelación será revisada y se le proporcionará una decisión por escrito al paciente dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la apelación completa por escrito.

XIV. NOTIFICACIÓN:

Los pacientes y la comunidad a la que sirve MHS tendrán acceso a información sobre asistencia financiera. La política de asistencia financiera de MHS, el formulario de solicitud y un resumen de la política en lenguaje sencillo estarán disponibles en el sitio web del sistema. En el paquete de información para el ingreso del paciente también se proporcionará información sobre asistencia financiera. La información sobre la política de asistencia financiera de MHS y las instrucciones sobre cómo contactar con MHS para obtener ayuda e información adicional se publicarán en los lugares de admisión y registro de los hospitales y las clínicas médicas, así como en los departamentos de urgencias de los hospitales. En los estados de cuenta de los pacientes también se incluirá una declaración relativa a la información sobre asistencia financiera.

La información sobre asistencia financiera y el aviso publicado en los hospitales y consultorios médicos estarán en inglés, español y en cualquier otro idioma que sea el idioma principal hablado por el menor de 1000 o el 5 % de los residentes en el área de servicio.

El paciente, su garante, un familiar, un amigo cercano o un conocido del paciente pueden solicitar asistencia financiera, de conformidad con las leyes de privacidad aplicables. MHS responderá a las solicitudes orales o escritas de más información sobre la política de asistencia financiera que realice un paciente o cualquier parte interesada. Cualquier miembro del personal de MHS puede remitir a un paciente a un asesor financiero para que examine su elegibilidad para asistencia financiera.

MHS distribuirá material informativo sobre la política de asistencia financiera a las agencias y organizaciones sin fines de lucro que prestan servicios a la población de bajos ingresos en el área de servicio del hospital o clínica en cuestión.

XV. REQUISITOS REGLAMENTARIOS:

Methodist Health System cumplirá con todas las leyes, normas, reglamentos y requisitos de presentación de informes federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades realizadas de conformidad con esta política. Esta política exige que MHS realice un seguimiento de la asistencia financiera proporcionada para garantizar la exactitud de los informes. La información sobre la asistencia financiera proporcionada en virtud de esta política se reportará anualmente en el Anexo H del Formulario 990 del IRS.

XVI. REGISTRO DE DATOS:

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

XVII. ACCIONES DE COBRO:

Para obtener más información sobre las medidas que MHS puede tomar en caso de impago, consulte la política de facturación y cobro de MHS. Los pacientes pueden obtener la política de facturación y cobro sin cargo alguno (i) comunicándose con el Departamento de Asistencia Financiera de MHS al 402-354-4230 o al 888-485-4494; o en la recepción de la sala de emergencias o en el mostrador de admisiones de cualquier centro de MHS; o (ii) descargándola en www.bestcare.org/tools/Billing-and-Insurance.

XVIII. APROBACIÓN DE LA POLÍTICA:

Esta política fue aprobada por el Comité de Auditoría de MHS el 12 de septiembre de 2017 y por la Junta Directiva de MHS el 26 de octubre de 2017. La política de asistencia financiera de MHS está sujeta a revisión periódica. Los cambios significativos en la política deben ser aprobados por la Junta Directiva de MHS (o el comité designado).

HOJA DE APROBACIÓN DE POLÍTICAS/PROCEDIMIENTOS

Título del procedimiento/política	Nuevo	Revisado	Archivado	Comentarios
Política de asistencia financiera	D	IZI	D	

Afiliados afectados 181

Departamentos afectados

Methodist Jennie Edmundson

181 MHS Corporate Offices

181 Methodist Hospital

181 Methodist Physicians Clinic

181 Methodist Women's Hospital

D Nebraska Methodist College

D Shared Service Systems

**Palabras clave
sugeridas (envíe un
mínimo de 3)**

Financiera, asistencia, política de asistencia financiera

Firmas requeridas para la aprobación:

- Enfermería: Propietario y director de enfermería o jefe de enfermería de cada filial.
- A nivel de todo el sistema: Propietario y jefe de departamento o vicepresidente de cada filial.
- Se podrán incluir firmas adicionales para su aprobación según sea necesario.

Título	Nombre	Firma	Fecha
Gerente de la oficina comercial	Cindy Haas		

_____ **Revise los elementos fundamentales (si procede); póngase en contacto con el centro de aprendizaje si tiene alguna pregunta o desea realizar cambios.**

_____ **Revisión de las prácticas de control de infecciones: reenviar al departamento de control de infecciones para su revisión si es necesario.**

Fecha de publicación en la intranet: