

METHODIST HEALTHCARE

“Serving Humanity to Honor God”

www.SAHealth.com

Título: Política de Asistencia Financiera	ID/versión: 10227 / 1
	Fecha de vigencia: Enero 1, 2016
Página: 1 de 7	

ALCANCE: Política de Asistencia Financiera para Methodist Hospital, Methodist Children’s Hospital, Methodist Specialty and Transplant Hospital, Metropolitan Methodist Hospital, Methodist Texsan Hospital, Northeast Methodist Hospital, Methodist Stone Oak Hospital y Methodist Ambulatory Surgery Hospital (el “Hospital”), (“MHS”).

OBJETIVO: Esta política tiene por objeto dar cumplimiento a las políticas de asistencia financiera y de urgencia cumplir con la asistencia financiera y las políticas de atención de emergencia que exige el Servicio de Recaudación de Impuestos Sección 501(r)-4 (“501(r)”) y se interpretará para cumplirlos. Esta política aplica a toda atención médica y de urgencias necesaria proporcionada por el Hospital y cualquier entidad sustancialmente relacionada con el mismo. Esta política apoya el objetivo benéfico y la misión de los Ministerios de Methodist Healthcare.

Para asegurar que todos los pacientes estén correctamente informados sobre esta política, MHS ha llevado a cabo las siguientes acciones:

- Esta política, así como las aplicaciones e instrucciones para completar y el resumen en lenguaje sencillo de este plan están disponibles en el sitio web de MHS en www.sahealth.com bajo “Charity”. En el sitio web se encuentran ambas versiones en inglés y español de este documento.
- En el momento de registrarse, los pacientes reciben copias impresas en papel de esta política, la Solicitud de Asistencia Financiera y el resumen de este plan en lenguaje sencillo.
- Las Solicitudes de Asistencia Financiera están disponibles en todas las áreas de admisión de pacientes y servicios de contabilidad del paciente, por correo en Patient Financial Services, 6000 NW Parkway, Suite 124, San Antonio, Texas 78249, y en el sitio web de MHS.
- Los signos que presentan prominentemente la información sobre la misión y guías de beneficencia se encuentran en todos los puntos de la admisión.
- Los pacientes recibirán un folleto del paciente titulado "Una guía de su factura hospitalaria", de la cual se anexa una copia como Anexo A. Este folleto explica el proceso de facturación y también proporciona información sobre la política de asistencia financiera.
- La información con respecto a la política se publica anualmente en la sección de avisos al público de *San Antonio Express News*.
- Se podrán solicitar copias impresas de esta política, la solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo de esta política sin ningún cargo, tanto por correo a Patient Accounting Services. 6000 NW Parkway, Suite 124. San Antonio, TX 78249 y en las salas de urgencias y áreas de admisión.

Título: Política de Asistencia Financiera	Fecha de vigencia: Enero 1, 2016
Página: 2 de 7	

- Todas las facturas de pacientes deberán incluir un aviso escrito visible de esta política, el número telefónico de la oficina o departamento que proporciona información sobre esta política y el proceso de solicitud y la dirección del sitio web de MHS (www.sahealth.com) donde se puede consultar esta política, la solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo de esta política.
- En todo el Hospital se colocarán avisos y pancartas visibles sobre esta política, incluyendo las salas de urgencias y áreas de admisión.

SISTEMA DE ELEGIBILIDAD A ATENCIÓN DE BENEFICENCIA

A. Solicitud. Para calificar para asistencia financiera, el Hospital requiere que se llene la Solicitud de Asistencia Financiera del Sistema Methodist Healthcare, de la cual se anexa una copia como Anexo B. La Solicitud permite reunir la información de acuerdo con las leyes estatales y los requisitos de ingresos y documentación que se indican a continuación, y 501(r). Las solicitudes tienen una validez de 9 meses para todos los servicios. Si la enfermedad del paciente dura más del periodo de elegibilidad de 9 meses, los hospitales deben volver a verificar el estado de asistencia financiera.

1. Cálculo de los familiares directos. El Hospital exigirá que los pacientes que solicitan asistencia financiera verifiquen el número de familiares en su hogar.
 - (i) *Adultos.* Al calcular el número de miembros de la familia en el hogar de un paciente adulto, incluya al paciente, el cónyuge del paciente y todos los dependientes.
 - (ii) *Menores.* Al calcular el número de miembros de la familia en el hogar de un paciente menor, incluya al paciente, la madre del paciente, los dependientes de la madre del paciente, el padre del paciente y los dependientes del padre del paciente.
2. Cálculo de ingresos. Los pacientes deben proporcionar el ingreso anual familiar.
 - (i) *Adultos.* En el caso de los adultos, el término "ingreso anual" para fines de clasificación como Financieramente Indigente o Médicamente Indigente de acuerdo con esta Política significa la suma del ingreso bruto total anual del paciente y de su cónyuge.
 - (ii) *Menores.* Si el paciente es un menor, el término "ingreso anual" significa el ingreso bruto total anual del paciente, de la madre del paciente y el padre del paciente.

B. Verificación de ingresos. Los pacientes o la parte responsable deben verificar el ingreso reportado en la Solicitud de Asistencia Financiera de acuerdo con los siguientes Requisitos de Documentación.

1. Requisitos de documentación.
 - (i) *Documentación disponible.* El ingreso reportado en la solicitud de asistencia financiera debe verificarse por medio de los siguientes mecanismos:

Título: Política de Asistencia Financiera	Fecha de vigencia: Enero 1, 2016
Página: 3 de 7	

- (a) **Indicadores de ingresos.** Proporcionando dos de cualquiera de los siguientes: Forma W-2 del ISR, declaración de salario e impuestos, pago de sueldo, declaraciones de impuestos individuales, verificación de teléfono por el empleador, estados de cuenta bancarios, remeses de pagos de Seguridad Social, avisos de pago de seguro de desempleo, cartas de determinación de compensación por desempleo, validación electrónica de ingresos de un proveedor tercero (es decir, metodología de calificación de crédito) u otros indicadores de ingresos, anuales, mensuales, semanales o por hora.
- (b) **Participación en un programa de beneficio público.** Proporcionando documentación que muestre que actualmente participa en un programa de beneficio público como Medicaid, un programa de salud para indigentes del condado, AFDC, cupones de alimentos, WIC, Texas Healthy Kids, programa de seguros de salud infantil u otros programas de indigencia similares. El comprobante de participación en cualquiera de los programas anteriores indica que el paciente ha sido considerado financieramente indigente y por lo tanto, no es necesario que proporcione su ingreso en la solicitud de asistencia financiera.
- (ii) *Documentación no disponible.* En los casos en los que el paciente no pueda proporcionar la documentación que verifique su ingreso anual, el Hospital puede verificar el ingreso del paciente dando una explicación de por qué el paciente no puede proporcionar la documentación que verifique su ingreso y:
- (a) **Obteniendo el testimonio escrito del paciente.** El paciente o parte responsable firma la solicitud de asistencia financiera dando fe de la precisión de la información de ingresos proporcionada; u
- (b) **Obteniendo el testimonio verbal del paciente.** A través del testimonio escrito del personal de MHS estableciendo en la solicitud de asistencia financiera que el paciente verificó verbalmente el cálculo del ingreso reportado por Hospital en la solicitud de asistencia financiera.
- (iii) *Cuentas de minimis.* Si la cuenta del paciente es de valor *de minimis*, que no exceda \$ 500, el Hospital puede verificar el ingreso reportado por el paciente en la solicitud de asistencia financiera haciendo lo siguiente:
- (a) **Obteniendo el testimonio escrito del paciente.** Obteniendo una solicitud de asistencia financiera firmada por el paciente que testifique la veracidad de la información de ingresos proporcionada; y
- (b) **Documentando los esfuerzos para obtener la documentación.** En esta sección de cuentas *de minimis* no es necesario explicar por qué el paciente no puede proporcionar documentación que verifique el ingreso. Sin embargo, el Hospital debe documentar dos diferentes intentos de obtener documentación de un paciente que verifique el ingreso.

Título: Política de Asistencia Financiera	Fecha de vigencia: Enero 1, 2016
Página: 4 de 7	

(iv) *Pacientes finados.* Los pacientes que mueran y la investigación documentada a través de contacto con su familia y/o los registros del juzgado indique que no existe herencia pueden ser considerados para descuento de beneficencia y no se requiere verificación de ingresos.

2. *Procedimiento de verificación.* Al determinar el ingreso total de un paciente, el Hospital puede considerar otros recursos y obligaciones financieros del paciente, así como el ingreso y capacidad de pago de la familia del paciente. Si se determina que un paciente tiene la capacidad de pagar el resto de la factura, esta determinación no excluye una revaloración de la capacidad de pago del paciente al presentar la documentación adicional.
3. *Verificación del ingreso pendiente de clasificación.* El Hospital puede considerar una solicitud de asistencia financiera en cualquier momento antes, durante o después de las fechas del servicio. Durante el proceso de verificación, mientras el Hospital recopila la información necesaria para determinar el ingreso de un paciente, se puede tratar al paciente como un paciente de pago privado de acuerdo con las políticas del Hospital.
4. *Información incongruente o incompleta.* Esta política de ninguna manera limita la capacidad del Hospital para llevar a cabo averiguaciones previas concernientes a la capacidad de pago del paciente si la información proporcionada por el paciente durante el proceso de solicitud parece incongruente o incompleta. Por ejemplo, MHS puede decidir averiguar por qué se reportan pocos recursos o ninguno si los ingresos del paciente son altos.
5. *Falsificación de información.* La falsificación de información puede causar la denegación de la Solicitud de Asistencia Financiera. Si, después otorgar asistencia financiera a un paciente, el Hospital encuentra declaraciones materiales falsas en la Solicitud de Asistencia Financiera, puede revocar el estado de atención de beneficencia y retirar la asistencia financiera.
6. *Cargos facturados por servicios médicos prestados 501(r) exige que los hospitales limiten las cantidades cobradas por atención de urgencia y atención médicamente necesaria proporcionada a las personas elegibles para asistencia financiera a no más de las cantidades generalmente facturadas a las personas aseguradas.* Los cargos facturados al paciente por atención médica no excederán las cantidades que generalmente se facturan a Medicare por prestar servicios a los pacientes junto con todas las aseguradoras privadas que pagan reclamos a los hospitales durante el periodo de 12 meses anteriores que termina el 31 de diciembre de cada año natural, actualizado en forma anual. Este método para determinar el cargo facturado por la atención es un método aceptable para determina los cargos de conformidad con 501(r).

C. Clasificación como financieramente indigente Financieramente indigente significa una persona no asegurada o con un seguro insuficiente que es aceptada sin ninguna obligación o con obligación con descuento de pagar los servicios prestados, con base en el Sistema de elegibilidad de atención de beneficencia.

1. *Clasificación.* Los pacientes pueden ser clasificados como financieramente indigentes si su ingreso anual es menor que o igual a 200% de las pautas de pobreza actualizadas anualmente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (“Pautas Federales de Pobreza”). Las Pautas Federales de Pobreza se deben aplicar comenzando el primer día del mes después de su publicación.

Título: Política de Asistencia Financiera	Fecha de vigencia: Enero 1, 2016
Página: 5 de 7	

2. *Aceptación.* Si el Hospital acepta un paciente como financieramente indigente, el paciente puede recibir asistencia financiera de acuerdo con el Anexo A de las Pautas de elegibilidad a descuento de asistencia financiera de MHS, que se adjuntan como Anexo C.

D. Clasificación como médicamente indigente Médicamente indigente significa un paciente cuyas facturas médicas y hospitalarias, después del pago de terceros pagadores, excede un porcentaje especificado del ingreso anual de la persona, y que no puede pagar el resto de la factura.

1. *Evaluación inicial.* Para ser clasificado como paciente médicamente indigente, la cantidad adeudada por el paciente después del pago por terceros pagadores debe exceder el diez por ciento (10%) del ingreso anual del paciente y el paciente debe no poder pagar el resto de la factura. Si el paciente no cumple estos criterios iniciales de evaluación, no podrá ser clasificado como médicamente indigente.

2. *Aceptación.* MHS puede aceptar a un paciente que cumple con los criterios de evaluación inicial para médicamente indigente y que cumple cualquiera de los dos siguientes criterios de aceptación:

- (i) **El ingreso anual debe ser 200% y 500% de las Pautas Federales de Pobreza.** El ingreso del paciente debe ser mayor que 200% pero menor que o igual a 500% de las Pautas Federales de Pobreza. En estos casos, el Hospital determinará la cantidad de asistencia financiera otorgada a estos pacientes de acuerdo con el Anexo B de las Pautas de elegibilidad a descuento de asistencia financiera de MHS, que se adjuntan como Anexo C.

- (ii) **Indigencia médica catastrófica.** Los pacientes con cuentas anormalmente grandes pueden calificar como catastróficamente elegibles cuando el saldo restante excede un porcentaje especificado de su ingreso. En esos casos, MHS determinará la cantidad de asistencia financiera calculando la cantidad necesaria para reducir el saldo restante a un porcentaje razonable del ingreso del paciente de acuerdo con el Anexo C de las Pautas de elegibilidad a descuento de asistencia financiera de MHS, que se adjuntan como Anexo C. En situaciones en las que el paciente califique en ambas categorías de indigencia médica, D2 (i) y D2(ii), el Hospital tiene la opción de aplicar el programa que de el mayor descuento.

E. Procedimientos de aprobación. El Hospital llenará la hoja de trabajo de aprobación de asistencia financiera para cada descuento otorgado. El hoja de aprobación de asistencia financiera permite documentar la revisión administrativa y proceso de aprobación utilizados por el Hospital para otorgar asistencia financiera.

Al revisar una solicitud para su aprobación, el gerente del Hospital al nivel de Director PAS o BOM o superior, a su criterio, puede hacer más investigación sobre la información disponible, como recursos, etc., para determinar la capacidad de pago del paciente. El gerente también puede, a su criterio, hacer más investigación con respecto a la clasificación del paciente para financiamiento gubernamental o de otra naturaleza.

F. Elegibilidad para quita basada en Código Postal – El hospital aceptará a pacientes indigentes sin seguro para una quita caritativa tras agotar otras instancias de elegibilidad (i.e. Medicaid) y esfuerzos para obtener para obtener una solicitud completa de caridad aunada a constancia de ingresos. Esta quita aplica a todos los tipos de pacientes. Un paciente indigente residencial es una persona no asegurada que es aceptada para atención sin

Título: Política de Asistencia Financiera	Fecha de vigencia: Enero 1, 2016
Página: 6 de 7	

obligación o con una obligación con descuento de pagar los servicios prestados y vive en códigos postales específicamente definidos – aquellos en poblaciones de alta pobreza.

- G. Procedimientos de retención de documentos.** El Hospital o Servicios de Cuentas de Pacientes mantendrá la documentación de acuerdo con las políticas de retención de MHS suficientes para identificar a cada paciente otorgado el estado de financieramente indigente o médicamente indigente, el ingreso de paciente, el método utilizado para verificar el ingreso del paciente, la cantidad adeudada por el paciente y la persona que aprobó otorgar al paciente el estado de financieramente indigente o médicamente indigente. (Los programas gubernamentales como Medicaid puede exigir que dicha documentación de apoyo se retenga hasta siete años, y más en algunos casos).

OTROS PROVEEDORES QUE USAN EL HOSPITAL

Se adjunta como Anexo D una lista de todos los proveedores que prestan servicios de urgencia u otros servicios médicamente necesarios en el Hospital y esos proveedores están cubiertos por esta política de ayuda financiera. El Anexo D que se adjunta se actualiza por lo menos trimestralmente.

PROCESO DE DETERMINACIÓN Y ACTIVIDADES DE COBRANZA

- A. Notificación de la política.** En el ingreso el Hospital proporcionará (i) copias en papel de esta política, la solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo de esta política y las coloca en salas de urgencias del Hospital y (ii) hace todo lo posible por notificar verbalmente al paciente acerca de esta política y cómo el paciente puede obtener asistencia con el proceso de solicitud. A cada paciente que reciba servicios médicamente necesarios o servicios de urgencia se le enviará una factura de los cargos que notifique al paciente la disponibilidad de asistencia financiera de conformidad con esta política y proporciona la factura en un resumen en lenguaje sencillo de esta política y notifica al paciente que el Hospital puede vender la deuda del paciente a una agencia de cobranza y/o reportar el no pago de la factura a agencias de informes de crédito o burós de crédito.
- B. Periodo de solicitud.** La solicitud de asistencia financiera será aceptada y procesada durante un periodo de 240 días después de proporcionar la factura que se describe anteriormente.
- C. Solicitud incompleta.** Si un paciente presenta a tiempo una solicitud completa, el Hospital notificará al paciente por escrito la información y/o documentación adicional que requiere esta política o la solicitud de asistencia financiera y el número telefónico y ubicación física de una oficina o departamento que puede ayudar al paciente o darle información. El paciente tendrá 30 días para proporcionar la información o documentación faltante.
- D. Notificación de asistencia financiera.** Una vez que se presenta una solicitud, el Hospital determinará la elegibilidad de conformidad con esta política. El Hospital tiene la autoridad final para determinar la elegibilidad. Si se determina elegibilidad, el Hospital proporcionará al paciente una factura que muestra la cantidad, en su caso, que el paciente debe al Hospital y cómo se determinó la cantidad y establece las cantidades generalmente facturadas (ABG) por atención. El Hospital reembolsará al paciente cualquier cantidad que haya pagado y que exceda la cantidad que debe de acuerdo con la determinación.
- E. Actividades de cobranza.** El Hospital, con la información proporcionada por el paciente y bajo los procesos definidos en esta política de asistencia financiera, determinará el nivel adecuado de asistencia financiera prestada al paciente. El Hospital no hará actividades de cobranza extraordinarias (como se define en 501r para incluir la venta de la deuda, reportar a las agencias de información de crédito o burós de crédito, diferir o negar atención médicamente necesaria con base en la falta de pago de servicios anteriores o tomar cualquier medida legal o judicial) hasta que se haya determinado la elegibilidad del paciente para asistencia financiera de conformidad con

METHODIST HEALTHCARE

"Serving Humanity to Honor God"

www.SAHealth.com

Título: Política de Asistencia Financiera	Fecha de vigencia: Enero 1, 2016
Página: 7 de 7	

esta política y no antes de 120 días después de entregar al paciente la factura descrita anteriormente en "A. Notificación de la Política". Después de hacer una determinación final con respecto a la elegibilidad para asistencia financiera, el Hospital puede utilizar los servicios de una agencia de cobranza o reportar la información adversa sobre la persona responsable a agencias de información de crédito o burós de crédito por falta de pago de servicios no elegibles para asistencia financiera.

SIN EFECTO EN OTRAS POLÍTICAS DEL HOSPITAL

Esta política no alterará ni modificará otras políticas relacionadas con los esfuerzos de obtener pagos de terceros pagadores, transferencias de pacientes o atención de urgencia.