

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

APLICABLE:	Nebraska Methodist Hospital, Methodist Women's Hospital, Methodist Jennie Edmundson and Methodist Physicians Clinic
FECHA EFECTIVA:	04/04
REVISADO:	06/05, 05/10, 12/10, 03/11, 11/11, 03/12, 10/13, 09/14, 08/15, 09/17, 12/17
PROPÓSITO:	DEFINIR LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA

I. PROPÓSITO:

El propósito de esta política es describir las circunstancias bajo las cuales se puede proporcionar asistencia financiera a pacientes calificados para servicios de salud médicamente necesarios y de emergencia, provistos en instalaciones o por proveedores que son parte del Sistema Metodista de Salud de Nebraska D/B/A Methodist Health System (MHS).

II. POLÍTICA:

Methodist Health System es una organización de atención médica sin fines de lucro guiada por un compromiso con su misión y valores fundamentales a través de un servicio compasivo. Tanto la filosofía como la práctica de cada instalación y proveedor de MHS indican que los servicios de atención a la salud médicamente necesarios están disponibles para los pacientes, y aquellos con necesidad médica urgente, sin demora y sin importar su capacidad de pago.

Los pacientes que califiquen para la asistencia financiera de MHS recibirán atención gratuita o con descuento. La política de asistencia financiera de MHS está destinada a cumplir con las leyes federales y estatales aplicables. La asistencia financiera provista bajo esta política se realiza con la expectativa de que los pacientes cooperarán con los procedimientos de solicitud de la póliza y aquellos de beneficio público o programas de cobertura que puedan estar disponibles para cubrir el costo de la atención. MHS no discriminará en base a la edad, el sexo, la raza, el credo, el color, la discapacidad, la orientación sexual, el origen nacional o el estado migratorio al realizar determinaciones de asistencia financiera.

III. DEFINICIONES:

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

Monto generalmente facturado o AGB (por sus siglas en inglés): El monto generalmente facturado es el pago esperado de los pacientes, o del garante del paciente, elegible para asistencia financiera antes de la aplicación de cualquier descuento adicional otorgado bajo esta política. Esta cantidad es igual a la tasa de pago promedio recibida retrospectivamente de Medicare y las aseguradoras de salud privadas, incluida toda la responsabilidad del paciente, calculada como se describe con más detalle en esta política.

Período de solicitud: El período de solicitud es el más tardío de los 240 días posteriores a la fecha del primer estado de cuentas posterior al alta o no menos de 30 días después de la fecha en que MHS proporciona al paciente el aviso final requerido para comenzar acciones extraordinarias de cobranza ("ECA") bajo la política de facturación y cobro

Activos: Para hacer una determinación de elegibilidad se considerarán ciertos activos. Los activos incluyen cuentas bancarias, CD, cuentas de inversión, bienes inmuebles (excluida la residencia principal) y otros activos diversos. Los activos del fondo de jubilación no se consideran parte de los activos.

Atención con descuento: Asistencia financiera que proporciona un descuento porcentual sobre el AGB para servicios médicos elegibles, con base en una escala móvil, para pacientes elegibles o garantes de pacientes, con ingresos familiares anuales entre 200 y 400% del nivel de pobreza federal.

Condición médica de emergencia: Como se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd), el término "afección médica de emergencia" significa:

- Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de tal severidad (incluyendo dolor severo) que la ausencia de atención médica inmediata podría esperarse razonablemente que resulte en:
 - Poner en grave peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o de su bebé 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 una transferencia segura a otro hospital antes del parto, o
- que esa transferencia puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto.

Familia: Según lo define la Oficina del Censo de EE. UU., un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción. Si un paciente reclama a alguien como dependiente en su declaración del impuesto sobre la renta, de acuerdo con las reglas del Servicio de Rentas Internas, se lo puede considerar como un dependiente a los efectos de determinar la elegibilidad para esta política.

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

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

Nivel de pobreza federal: El Nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés) usa umbrales de ingresos que varían según el tamaño y la composición de la familia para determinar quién está en situación de pobreza en los Estados Unidos. Se actualiza periódicamente en el Registro Federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos bajo la autoridad de la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Las pautas actuales de FPL se pueden consultar en <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>

Asistencia financiera: Asistencia brindada a pacientes elegibles, que de otro modo experimentarían dificultades financieras, para liberarlos de toda o parte de su obligación financiera por la atención médicamente necesaria o emergente provista por MHS según lo determinado por esta política.

Atención gratuita: Una exención del 100% de la obligación financiera del paciente resultante de los servicios médicos elegibles prestados por MHS para pacientes elegibles, o sus garantes, con ingresos familiares anuales iguales o inferiores al 200% del nivel federal de pobreza, siempre que los pacientes que satisfagan el umbral del FPL, pero que tengan activos familiares que exceden el 600% del FPL no califiquen para un cuidado completamente gratuito.

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

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

Dificultad médica: Asistencia financiera proporcionada a pacientes elegibles con ingresos familiares anuales superiores al 400% del nivel federal de pobreza y obligaciones financieras derivadas de los servicios médicos elegibles prestados por MHS y otros proveedores de atención médica, que excedan el 25% del mayor de los ingresos o los activos familiares.

Medicamento necesario: Según lo definido por los programas estatales de Medicaid en Nebraska y Iowa, estos son 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 estar de acuerdo con los estándares de buena práctica médica con un valor demostrado y consistente en tipo, frecuencia y duración con directrices científicamente fundadas en investigación médica nacional u organizaciones de cobertura de atención médica o agencias gubernamentales. Un tratamiento que se requiera para satisfacer la necesidad médica del paciente por razones distintas a la conveniencia del paciente o del médico o cuidador del paciente.

El tratamiento se debe realizar de la manera más rentable y en el tipo de entorno apropiado para la provisión del servicio cubierto dentro de un equilibrio adecuado de seguridad, eficacia y eficiencia.

Plan de pago: Un plan de pago extendido acordado entre el MHS y un paciente o garante del paciente para los gastos que deberá desembolsar. El plan de pago tendrá en cuenta las circunstancias financieras del paciente, el monto adeudado y los pagos anteriores.

Período de calificación: A los solicitantes que sean elegibles para recibir asistencia financiera se les otorgará asistencia por un período de seis meses; siempre y cuando se les proporcione una oportunidad adicional para solicitar una mayor asistencia financiera para futuras facturas. La asistencia también se aplicará retroactivamente a las facturas no pagadas incurridas por servicios médicos elegibles que estén activos

las facturas no pagadas incurridas por servicios médicos elegibles que estén activos dentro de las cuentas por cobrar de MHS.

Descuento no asegurado: Los pacientes no elegibles para asistencia financiera bajo otras categorías de asistencia financiera y que no tienen cobertura de terceros para servicios de emergencia o médicamente necesarios proporcionados por MHS recibirán un descuento a efectos de que su obligación total sea igual al AGB.

Paciente con seguro insuficiente: Una persona con cobertura de seguro privada o pública que (i) no brinda 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 según el contrato de seguro que ocasionaría al paciente una dificultad financiera si debiera pagar completamente los gastos de desembolso esperados por los servicios médicos provistos por MHS.

Paciente no asegurado: Un paciente sin cobertura de terceros a través de una aseguradora comercial externa, un plan ERISA, un Programa Federal de Atención Médica (que incluye, sin limitación, Medicare, Medicaid, SCHIP y Tricare,), una Compensación al Trabajador u otra asistencia de terceros que puedan ayudarlo a cumplir con sus obligaciones de pago.

IV. SERVICIOS ELEGIBLES:

Los servicios brindados por los proveedores de atención médica empleados por MHS y suministrados en las instalaciones de MHS son elegibles bajo esta política de asistencia financiera siempre que sean clínicamente apropiados, dentro de los estándares de práctica médica generalmente aceptados, y cumplan con los siguientes estándares:

1. Servicios médicos de emergencia proporcionados en un entorno de emergencia. La atención brindada en un entorno de emergencia continuará hasta que la condición del paciente se haya estabilizado, antes de cualquier determinación de los arreglos de pago.
2. Servicios para una afección que, si no se trata con prontitud, provocaría un cambio adverso en el estado de salud de un paciente.

3. Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno de sala que no sea de emergencia.
4. Otros servicios médicamente necesarios, por ejemplo, servicios de atención médica para pacientes internados o ambulatorios brindados con el propósito de evaluar, diagnosticar y / o tratar una lesión, enfermedad o sus síntomas. Además, los servicios típicamente definidos por Medicare u otra cobertura de seguro de salud como "artículos o servicios cubiertos."

Los servicios no elegibles para asistencia financiera incluyen los siguientes:

1. Procedimientos electivos no médicamente necesarios.
2. Cirugía cosmética, servicios o productos ofrecidos a través de la Clínica de Renovación de la Piel, servicios reproductivos, procedimientos bariátricos no cubiertos por seguro, atención experimental o servicios provistos bajo un programa de investigación clínica.
3. Servicios de proveedores de atención médica empleados por MHS pero suministrados en instalaciones que no son del MHS.
4. Los servicios recibidos de proveedores de atención médica no facturados por MHS enumerados como se describe a continuación.
5. Aquellos servicios que cumplen con los criterios de elegibilidad para las Tasas de pago en efectivo y se otorgan a un paciente que cumple con los criterios como Paciente con tasas de pago en efectivo y que ha firmado la Exención de responsabilidad para ventas minoristas en efectivo.

MHS enumera a los proveedores que están y no están sujetos a esta política en un documento separado. Los proveedores de atención médica que no están sujetos a esta política pueden incluir: radiólogos, anestesiólogos, cirujanos, internistas, médicos especialistas en heridas, neonatólogos, neumólogos, además de varios médicos especialistas y transporte en ambulancia. Los pacientes deben comunicarse directamente con los proveedores de servicios no participantes para solicitar asistencia y realizar los arreglos de pago directamente con estos profesionales. Para obtener una lista gratuita actualizada de los proveedores, consulte la sección IX - Solicitud de asistencia financiera para obtener la información de contacto adecuada.

V. CRITERIO DE ELEGIBILIDAD:

La asistencia financiera para los servicios elegibles se extenderá a los pacientes no asegurados y con seguro insuficiente, o al garante del paciente, o aquellos que están sujetos a dificultades médicas de acuerdo con la política de MHS. La elegibilidad será considerada para aquellas personas que no pueden pagar su cuidado; se basará en una combinación de ingresos familiares, activos y obligaciones médicas.

La asistencia financiera se extenderá a los pacientes, o al garante del paciente, en función de sus necesidades financieras y de conformidad con las leyes federales y estatales. Los solicitantes de asistencia financiera serán responsables de solicitar los programas públicos y obtener cobertura de seguro médico privado. A los pacientes o los garantes del paciente que elijan no cooperar para solicitar los programas identificados por MHS como posibles fuentes de pago de la atención se les podrá negar la asistencia financiera.

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

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

Por lo general, la asistencia financiera no está disponible para el copago o saldos del paciente después de aplicar un seguro cuando un paciente no cumple razonablemente con los requisitos del seguro, como obtener referencias o autorizaciones apropiadas. Se ofrecerá asistencia financiera a pacientes con seguro insuficiente que proporcionen dicha asistencia de acuerdo con las obligaciones contractuales de la aseguradora.

VI. ASISTENCIA FINANCIERA:

El tipo de asistencia que se brindará se basará en una combinación de ingresos familiares, activos familiares y obligaciones médicas. Se usarán el nivel de pobreza federal, los ingresos familiares y los activos familiares para determinar la elegibilidad de un solicitante para asistencia financiera. Los descuentos otorgados a pacientes

elegibles según esta política se tomarán de los montos generalmente facturados. Los solicitantes elegibles pueden recibir la siguiente ayuda:

Atención completamente gratuita: Se cubrirá el monto total de los cargos del MHS bajo esta política de asistencia financiera para cualquier paciente no asegurado o subasegurado, o garante del paciente, cuyo ingreso familiar bruto sea igual o inferior al 200% del nivel de pobreza federal actual; *con la condición, sin embargo, de que los pacientes que satisfagan el umbral del FPL pero que tengan activos familiares que excedan el 600% del FPL no califiquen para una atención completamente gratuita.*

Atención con descuento: A cualquier paciente no asegurado o subasegurado, o garante del paciente que tenga ingresos familiares brutos superiores al 200% pero en o por debajo del 400% del nivel de pobreza federal actual después de que todas las posibilidades de pago de terceros disponibles para el solicitante hayan sido agotadas o denegadas se le aplicará la escala móvil de tarifas del MHS para determinar la cantidad elegible para asistencia financiera,

Los descuentos se proporcionarán según los ingresos familiares del paciente o del garante, de acuerdo con la siguiente escala.

Los ingresos familiares superiores al 200% del FPL pero iguales o inferiores al 250% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 80% en el saldo adeudado del paciente.

Los ingresos familiares superiores al 250% del FPL pero iguales o inferiores al 300% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 60% en el saldo adeudado del paciente.

Los ingresos familiares superiores al 300% del FPL pero iguales o inferiores al 350% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 40% en el saldo adeudado del paciente.

Los ingresos familiares superiores al 350% del FPL pero iguales o inferiores al 400% del FPL son elegibles para recibir un descuento del 20% en el saldo adeudado del paciente.

Si los activos familiares exceden el 600% del FPL, los descuentos anteriores se reducirán al 60%, 40%, 20% y 0, respectivamente.

Dificultades médicas: Los cargos del Methodist Health System son elegibles para recibir asistencia financiera para pacientes o garantes con un ingreso familiar superior al 400% del nivel de pobreza federal cuando las circunstancias indiquen dificultades financieras graves. Los pacientes, o sus garantes, son elegibles para asistencia por dificultades médicas si han incurrido en obligaciones de desembolso resultantes de servicios médicos prestados por MHS, así como de otros proveedores de atención médica, que excedan el 25% del mayor ingreso familiar o activos familiares.

Los pacientes, o sus garantes, que cumplan con los criterios de elegibilidad para dificultades médicas tendrán sus cargos de MHS descontados a una cantidad igual al 25% del mayor de los ingresos familiares o bienes familiares.

Descuento a no asegurados: A los pacientes no asegurados que no cumplan con los criterios de elegibilidad para recibir Atención Completamente Gratuita 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 AGB por la atención brindada.

VII. SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA:

Methodist Health System proporcionará a las personas que solicitan atención de emergencia, o aquellas para quienes un representante ha hecho una solicitud si el paciente no puede, un examen de detección médica para determinar si existe una condición médica de emergencia. El examen y el tratamiento no se retrasarán para consultar sobre métodos de pago o cobertura de seguro, ni la ciudadanía o el estado legal del paciente, ni se permitirán actividades de cobro de deudas mientras exista una condición médica de emergencia.

Methodist Health System tratará a una persona con una afección médica de emergencia hasta que la afección se resuelva o se estabilice y el paciente pueda brindarse cuidados personales después del alta, o si no puede, puede recibir la atención continua necesaria. La atención para pacientes internados se proporcionará en un nivel igual para todos los pacientes, independientemente de la capacidad de pago. Ningún paciente con una condición médica de emergencia será dado de alta antes de su estabilización si el seguro del paciente se cancela o si suspende el pago durante el curso de la estancia.

Si MHS no tiene la capacidad de tratar la condición médica de emergencia, hará una transferencia apropiada del paciente a otro hospital con dicha capacidad.

VIII. CANTIDADES FACTURADAS A PACIENTES ELEGIBLES PARA ASISTENCIA FINANCIERA:

Methodist Health System ha elegido usar el método de retrosección para determinar el monto generalmente facturado (AGB). Bajo este método, MHS calcula el descuento porcentual anualmente en los reclamos permitidos por cuidados de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios brindados a pacientes cubiertos por Medicare y aseguradores de salud privados, incluyendo toda la responsabilidad del paciente durante un período de doce meses en cada hospital de MHS. A los fines de esta política, cada AGB nuevo se implementará dentro de los 120 días del período de 12 meses utilizado por MHS para calcular el AGB para cada hospital de MHS. No se espera que los pacientes que califiquen para recibir asistencia financiera paguen los cargos brutos por los servicios elegibles cubiertos por la política de asistencia financiera de MHS y no se les cobrará más que por el AGB.

Para obtener el AGB más actualizado de cada hospital de MHS y una descripción del cálculo por escrito sin cargo, consulte la sección IX - Solicitud de asistencia financiera para obtener la información de contacto adecuada.

Ejemplo:

Cargos brutos incurridos por la visita al Departamento de Emergencia:	\$ 200.00
Descuento AGB	(\$ 100.00)
Importe neto adeudado por el paciente, por obligación del paciente	\$100.00
Descuento de asistencia financiera del 40% (ingreso al 300% del FPL)	(\$ 40.00)
Adeudado por el paciente	<u>\$ 60.00</u>

IX. CÓMO SOLICITAR ASISTENCIA FINANCIERA:

Las determinaciones de elegibilidad para la asistencia financiera se basarán en esta política y en una evaluación de las circunstancias y necesidades financieras del solicitante en base a la información provista en la solicitud de asistencia financiera u otra información como se describe con más detalle en esta política. Los pacientes serán informados sobre la política de asistencia financiera y el proceso para enviar una solicitud. Las solicitudes de asistencia financiera pueden enviarse hasta el final del Período de solicitud. Los pacientes, o garantes de pacientes, tienen la responsabilidad de cooperar en la solicitud de asistencia financiera proporcionando información sobre el tamaño de la familia y documentación sobre los ingresos familiares y los activos familiares según lo requerido en la solicitud de asistencia financiera.

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 11 de 17

El Methodist Health System hará un esfuerzo razonable para explicar los beneficios de Medicaid y otros programas de cobertura pública y privada disponibles a los pacientes o a los garantes de un paciente. El MHS tomará medidas para ayudar a los pacientes o garantes del paciente a solicitar programas que puedan ayudarlos a obtener y pagar los servicios de atención médica. Se espera que los pacientes identificados como potencialmente elegibles soliciten dichos programas; a aquellos pacientes que decidan no cooperar en la solicitud de programas se les podrá negar la asistencia financiera.

En el caso de solicitudes incompletas, MHS no procesará la solicitud y se suspenderán todas las acciones extraordinarias de cobro. El solicitante será notificado por escrito de toda la información o documentación requerida para completar la solicitud. Se informará al solicitante que esta información se debe recibir dentro de los 30 días posteriores a la fecha de envío de la notificación. El aviso por escrito incluirá la información de contacto (número de teléfono y ubicación física de la oficina) de la asistencia financiera del paciente. 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 se podrán reanudar las ECA. 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 esta política 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 su ingreso o alta en un centro hospitalario del MHS. La información sobre la política de asistencia financiera del MHS se comunicará a los pacientes en un lenguaje culturalmente apropiado y fácil de entender, y en el idioma principal que hablen 1,000 personas o el 5% de los residentes en las comunidades que comprenden el área de servicio de MHS, la cantidad que sea menor.

Documentación:

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

La documentación de ingresos debe incluir:

- 1.) Copia de la declaración de impuestos del año fiscal más reciente, incluidos todos los adjuntos, W-2 y 1099s.

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 12 de 17

- 2.) Una copia del talón de pago más reciente.
- 3.) Si los ingresos son de la seguridad social: una copia del cheque o una copia del extracto bancario mostrando el depósito de seguridad social más reciente.
- 4.) Si está desempleado: verificación de cualquier compensación recibida. Ejemplo: compensación por desempleo o compensación a los trabajadores

Información de activos: a los solicitantes también se les pedirá que proporcionen información sobre activos monetarios tales como cuentas corrientes, cuentas de ahorro o de mercado monetario, certificados de depósitos, cuentas de inversión no relacionadas con la jubilación, así como bienes inmuebles distintos de la residencia principal y otros activos.

Ciertos requisitos de documentación de ingresos pueden no ser necesarios para los saldos por un encuentro de menos de \$ 2,000.

Los pacientes pueden obtener gratis una lista actual de proveedores que están y no están sujetos a esta política. Los pacientes también pueden obtener sin cargo el AGB más reciente de cada hospital del MHS y una descripción del cálculo. Además, los pacientes pueden obtener gratis una copia de esta política, un resumen en lenguaje sencillo de esta política y una solicitud de asistencia financiera. Los pacientes pueden obtener alguno o todos los puntos anteriores (i) comunicándose con el Departamento de Asistencia Financiera del MHS al 402-354-4230 o al 888-485-4494; (ii) personalmente en el Departamento de Asistencia Financiera en 8511 West Dodge Road, PO Box 2797 Omaha, NE 68103-2797, o en la recepción de la sala de emergencias o el mostrador de admisiones en cualquier instalación del MHS; o (iii) mediante descarga en www.bestcare.org/tools/Financial-Assistance.

Las solicitudes de asistencia financiera deben enviarse a la siguiente oficina:

**Methodist Health System
Asistencia Financiera
8511 West Dodge Road
P.O. Box 2797
Omaha, NE 68103-2797
402-354-4230 o 888-485-4494
www.bestcare.org/tools/Financial-Assistance**

X. PERÍODO DE CALIFICACIÓN:

Las solicitudes completas de asistencia financiera se procesarán rápidamente y se notificará a los solicitantes dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa. Si se aprueba la elegibilidad, MHS otorgará asistencia financiera por un período de seis meses. La asistencia financiera también se aplicará a las facturas no pagadas incurridas por servicios elegibles que aún se encuentran dentro del Período de solicitud. Si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera que no sea atención gratuita, MHS:

1. Proporcionará al paciente una factura revisada que establezca: (i) la cantidad que debe el paciente por la atención brindada después de la asistencia financiera, (ii) cómo se determinó la cantidad revisada; y (iii) el AGB para la atención brindada o instrucciones sobre cómo el paciente puede obtener información sobre el AGB para la atención brindada;
2. Proporcionar al paciente un reembolso por cualquier cantidad que el paciente haya pagado en exceso de la cantidad adeudada (a menos que dicha cantidad sea menor a \$ 5); y
3. Tomar medidas razonables para revertir cualquier ECA tomada contra el paciente.

Si se determina que el paciente no es elegible para recibir asistencia financiera, el MHS le proporcionará al paciente una notificación por escrito denegando la solicitud que incluye la base para la determinación. A ningún paciente se le negará la asistencia debido a falta de información o por documentación no requerida en la solicitud. Si se le niega la asistencia financiera, el paciente o el garante del paciente pueden volver a presentar la solicitud en cualquier momento en que haya habido un cambio de ingresos o estado.

XI. ELEGIBILIDAD PRESUNTA:

Methodist Health System entiende que no todos los pacientes pueden completar una solicitud de asistencia financiera o cumplir con las solicitudes de documentación. Puede haber instancias en las que se establezca la calificación de un paciente para asistencia financiera sin completar la solicitud formal de asistencia financiera. MHS puede utilizar otra información para determinar si la cuenta de un paciente es incobrable y esta información se utilizará para determinar la presunta elegibilidad. Tal información solo será utilizada para otorgar, nunca para negar, asistencia financiera.

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 14 de 17

La elegibilidad presunta puede otorgarse a los pacientes en función de su elegibilidad para otros programas o circunstancias de la vida tales como:

1. Falta de vivienda o recepción de atención de una clínica o refugio para personas sin hogar;
2. Paciente fallecido sin herencia conocida;
3. Programa de Mujeres, Infantes y Niños (WIC, en inglés);
4. Los beneficios de SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, anteriormente conocido como Cupones para Alimentos, pueden usarse como prueba de necesidad, y por lo tanto ser presuntamente elegibles.

Para los pacientes que no responden al proceso de solicitud del MHS, se puede usar información de otras fuentes para tomar una decisión informada sobre la necesidad financiera de los pacientes que no responden. El propósito de utilizar esta información es hacer la mejor estimación disponible en ausencia de información proporcionada directamente por el paciente. El MHS utiliza una solución analítica de presunta elegibilidad que examina datos históricos combinados con información económica del hogar. Evalúa cuentas basadas en los siguientes estándares: ingreso familiar disponible, tamaño del hogar, capacidad de pago y sobre extensión en comparación con las pautas federales de pobreza. La solución analítica utiliza datos socioeconómicos de numerosas fuentes, incluidos los datos del censo. Usando este enfoque de elegibilidad presuntiva, se asigna un puntaje a nivel de paciente individual. El puntaje permite que los Servicios Financieros para Pacientes cumplan con los requisitos de procesamiento interno a la vez que proporciona un beneficio para la comunidad a través del perdón de los saldos de sus cuentas quienes lo necesiten. Este enfoque le permite al MHS evaluar en forma equitativa las cuentas de asistencia financiera, independientemente de la capacidad del paciente para completar una solicitud de asistencia.

Cuando la base para determinar la elegibilidad es la solución de presunta elegibilidad, se otorgará un descuento de atención completamente gratuita para los servicios elegibles solo para las fechas de servicio retrospectivas. Estas cuentas no se enviarán para cobranza y no se incluirán en los gastos de deuda incobrable. La solución de elegibilidad presuntiva no se usará para proporcionar ninguna asistencia financiera que no sea atención gratuita.

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 15 de 17

En el caso de que un paciente no califique bajo el conjunto de reglas de presunción, el paciente podrá ser considerado a través del proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera.

XII. APELACIONES Y RESOLUCIÓN DE DISPUTAS:

Los solicitantes a quienes se les negó asistencia financiera pueden apelar a la determinación por escrito enviando información sobre el motivo de la apelación e información adicional. Se debe recibir una carta de apelación dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la carta de determinación.

Las disputas y apelaciones pueden presentarse poniéndose en contacto con:

**Methodist Health System
Asistencia Financiera
8511 West Dodge Road
P.O. Box 2797
Omaha, NE 68103-2797
402-354-4230 or 888-485-4494
www.bestcare.org/tools/Financial-Assistance**

Se revisará la apelación y se proporcionará una decisión por escrito al paciente dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una apelación escrita y completa.

XIII. NOTIFICACIÓN:

La información sobre asistencia financiera estará disponible para los pacientes y la comunidad atendida por el MHS. La política de asistencia financiera del MHS, la solicitud y un resumen en lenguaje sencillo de la política estarán disponibles en el sitio web del sistema. La información de asistencia financiera también se proporcionará en el paquete de información de admisión del paciente. La información sobre la política de asistencia financiera del MHS y las instrucciones sobre cómo ponerse en contacto con el MHS para obtener asistencia y más información se publicarán en los lugares de admisión y registro de clínicas y hospitales, así como en los departamentos de emergencias de los hospitales. También se incluirá una declaración sobre la información para asistencia financiera en los estados de cuenta del paciente.

La información sobre asistencia financiera y el aviso publicado en las ubicaciones de las clínicas de los hospitales y médicos estará en inglés, español y en cualquier otro idioma que sea el idioma principal de la suma menor entre 1,000 personas o 5% de los residentes en el área de servicio.

El paciente, el garante del paciente, un miembro de la familia, un amigo cercano o un asociado del paciente pueden hacer una solicitud de asistencia financiera, sujeta a las leyes de privacidad aplicables. El MHS responderá a solicitudes orales o escritas para obtener más información sobre la política de asistencia financiera formulada por un paciente o cualquier parte interesada. Cualquier miembro del personal del MHS puede referir a un paciente a un asesor financiero para que examine su elegibilidad para asistencia financiera.

El MHS distribuirá materiales informativos 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 de un hospital o clínica en particular.

XIV. REQUISITOS REGLAMENTARIOS:

El Methodist Health System cumplirá con todas las leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales y los requisitos de informes que se puedan aplicar a las actividades realizadas de conformidad con esta política. Esta política requiere que el MHS haga un seguimiento de la asistencia financiera provista para garantizar un informe preciso. La información sobre asistencia financiera provista bajo esta política será reportada anualmente en el Formulario H 990 de la IRS.

XV. MANTENIMIENTO DE REGISTROS:

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

ASUNTO: ASISTENCIA FINANCIERA

Página 17 de 17

XVI. ACCIONES DE COBRANZA:

Para obtener más información sobre las medidas que el MHS puede tomar en caso de falta de pago, consulte la Política de facturación y cobro del MHS. Los pacientes pueden obtener gratis la Política de Facturación y Cobro (i) comunicándose con el Departamento de Asistencia Financiera del MHS al 402-354-4230 o al 888-485-4494; (ii) solicitándolas personalmente en el Departamento de Asistencia Financiera en 8511 West Dodge Road, PO Box 2797 Omaha, NE 68103-2797, o la recepción de la sala de emergencias o el mostrador de admisiones en cualquier instalación de MHS; o (iii) por descarga en www.bestcare.org/tools/Billing-and-Insurance.

XVII. APROBACIÓN DE LA POLÍTICA:

Esta política fue aprobada por el Comité de Auditoría de MHS el 12 de septiembre de 2017 y la Junta de Directores de MHS el 26 de octubre de 2017. La política de asistencia financiera del 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).