

POLITICA		PÓLIZA NRO.:
Tema: Política de Asistencia Financiera		PA_03
FECHA ORIGINAL: 06/2016	ÚLTIMA REVISIÓN: 20/03/2017, 8/8/2017, 1/2019. 8/20 12/21, 2/22	PÁGINAS: 1 de 23

Palabras Clave: Caridad, Atención con Descuento, Elegibilidad Presunta, Sin Seguro, Seguro Insuficiente
Se Aplica a: Paciente Hospitalario: ___ Paciente Ambulatorio: ___ Proveedor: ___ Todos: X Video: ___.

I. POLÍTICA:

The Methodist Hospitals, Inc. ("Methodist") se ocupa de las necesidades de atención médica de sus pacientes. Para ayudar a satisfacer esas necesidades, hemos establecido una Política de Asistencia Financiera (FAP por sus siglas en inglés) para proporcionar ayuda financiera a aquellos pacientes que antes cumplan con los siguientes requisitos:

- Requerir asistencia para los servicios médicamente necesarios, o
- Cumplir con los requisitos de elegibilidad presunta, y
- Incapacidad para cumplir con su obligación financiera (esto incluye a personas de bajos ingresos, sin seguro o médicamente indigentes), y
- Residir en el país

Methodist se compromete a brindar a los pacientes servicios de atención médica de emergencia y médicamente necesarios, independientemente de su situación de seguro o capacidad de pago. Esta política de asistencia financiera está destinada a cumplir con las leyes federales y estatales aplicables para nuestra área de servicio. Los pacientes que califiquen para obtener asistencia bajo esta política, recibirán un descuento por la atención recibida en las instalaciones de Methodist y de los proveedores empleados por Methodist.

La asistencia financiera proporcionada bajo esta política se hace con la expectativa de que los pacientes cooperen con los procedimientos de solicitud de la política y con los de los programas de prestaciones públicas o cobertura que puedan estar disponibles para cubrir el costo del servicio. Methodist no discriminará en función de la edad, el sexo, la raza, el credo, el color, la discapacidad, la orientación sexual, el origen nacional o la situación migratoria al tomar determinaciones de asistencia financiera. La base de este programa es la provisión y presentación verídica y precisa de información financiera del paciente y/o parte(s) responsable(s). Los pacientes y/o las partes responsables que tergiversen intencionalmente la información financiera de su hogar serán descalificados de cualquier consideración con respecto a este programa. La determinación de tergiversación intencional es derecho exclusivo de Methodist.

El alcance de este programa se basa en la capacidad financiera de Methodist para brindar servicios gratuitos y con descuento a los pacientes que viven dentro de los Estados Unidos de América, con base en prácticas comerciales sólidas y una administración fiduciaria sostenida sobre los recursos financieros limitados de los hospitales. Los pacientes que se encuentran de viaje/visita internacional y buscan tratamiento que no sea de emergencia, no son elegibles para recibir Asistencia Financiera.

CRITERIO DE ELEGIBILIDAD

La asistencia financiera se extenderá a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, o al garante de un paciente, que cumpla con los criterios especificados como se define a continuación. Los criterios asegurarán que la política de

asistencia financiera se aplique consistentemente en todo Methodist. Methodist se reserva el derecho de revisar, modificar o cambiar la política según sea necesario o apropiado.

- Los recursos de pago (seguro disponible a través del empleo, Asistencia Médica, Víctimas de Delitos Violentos, Compensación de Trabajadores, Seguro de Vivienda, Seguro de Automóvil, responsabilidad de terceros, etc.) deben revisarse y evaluarse antes de considerar una cuenta para asistencia financiera, y garantizar que los recursos de Methodist se manejen con prudencia en la prestación de asistencia financiera. Si un paciente aparenta ser elegible para recibir otro tipo de asistencia, Methodist lo remitirá a la agencia correspondiente para que lo ayude a completar las solicitudes y los formularios necesarios.
- Los solicitantes deben agotar todas las otras opciones de pago como condición para la aprobación de asistencia financiera.
 - Los solicitantes serán responsables de postularse a programas públicos y de buscar cobertura de seguro médico privado. A los pacientes, o a los garantes de los pacientes que decidan no cooperar en la solicitud de programas identificados por Methodist como posibles fuentes de pago para los servicios médicos, se les puede negar la asistencia financiera.
 - Los pacientes o los garantes del paciente, identificados con posibilidades de calificar para recibir Medicaid, deben solicitar la cobertura de Medicaid o presentar una denegación de Medicaid que se haya recibido dentro de los seis (6) meses anteriores a la solicitud de asistencia financiera de Methodist. Los pacientes o los garantes de los pacientes, deben cooperar con el proceso de solicitud descrito en esta política de Methodist para obtener asistencia financiera.
 - Los pacientes o los garantes de pacientes que disponen de COBRA deben pagar primas. Sin embargo, si el paciente fuera aprobado para recibir Asistencia Financiera, Methodist podría optar por pagar las primas de COBRA por un espacio de tiempo limitado.
- Se espera que los solicitantes contribuyan con el costo de su atención médica de acuerdo con su capacidad de pago, como se describe en esta política.

Los criterios usados al evaluar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera pueden incluir:

- Ingreso familiar,
- Activos, y
- Obligaciones médicas.

El programa de asistencia financiera de Methodist está disponible para todos los que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en esta política, independientemente de la ubicación geográfica o la situación de residencia. La asistencia financiera se extenderá al paciente o al garante de un paciente, según la necesidad financiera y de conformidad con las leyes federales y estatales. Se ofrecerá asistencia financiera a los pacientes elegibles con seguro insuficiente, siempre que dicha asistencia se encuentre en conformidad con el acuerdo contractual de la firma aseguradora. Por lo general, la asistencia financiera no está disponible para el copago del paciente o los saldos después del seguro, en caso de que un paciente no cumpla razonablemente con los requisitos del seguro como ser obtener derivaciones o autorizaciones adecuadas. En general, los saldos fuera de la red proveedora pueden revisarse caso por caso. Se espera que los pacientes con cuentas de salud personales con ventajas impositivas, como una Cuenta de Ahorros para la Salud, un Acuerdo de Reembolso de Salud o una Cuenta de Gastos Flexibles, utilicen los fondos de la cuenta antes de que se les brinde asistencia financiera. Methodist se reserva el derecho de revertir los descuentos descritos en este documento en caso de que determine razonablemente que dichos términos violan cualquier obligación legal o contractual de Methodist. Un paciente solo puede recibir alivio financiero de la política de Asistencia Financiera o de la Política de Pago por Cuenta Propia de Methodist, pero no de ambas para la misma cuenta de paciente. Si un paciente participa usando Medicaid de un Estado determinado para el cual Methodist no es un proveedor participante, entonces Methodist puede optar por ignorar la cobertura del paciente al considerar la elegibilidad para la asistencia financiera, algunos factores considerados son: cantidad de reclamos recibidos de un Estado en un determinado año; los requisitos de un Estado para también inscribir a los médicos; plazo de autorización, etc.

PAGO DEL PACIENTE:

Se espera el pago total del saldo adeudado dentro de los 30 días posteriores al estado de cuenta inicial del paciente. Si no es factible para un paciente o garante pagar la totalidad dentro de este plazo, se puede aplicar un Acuerdo de Pago por cualquier saldo restante después de que se hayan otorgado los descuentos para asistencia financiera a los solicitantes elegibles. El plazo del Acuerdo de Pago se basará en las facturas médicas pendientes del solicitante, los ingresos familiares y cualquier circunstancia atenuante. Si se logra un Plan de Pago acordado, el Plan de Pago no tendrá intereses si se paga en forma total dentro de los 12 meses. Si existen circunstancias atenuantes, se puede permitir un plazo de pago mayor a 12 meses después de la aprobación.

Los pacientes son responsables de comunicarse con Methodist cada vez que no puedan cumplir con un Acuerdo de Pago acordado. La falta de comunicación por parte del paciente puede resultar en la asignación de la cuenta a una agencia de cobranzas o una acción legal. Si un paciente tiene un Acuerdo de Pago y luego califica para asistencia financiera o asistencia financiera adicional, el Acuerdo de Pago se ajustará debidamente. En el caso de que un paciente no pague o no pague el monto total de lo que adeuda, entonces Methodist puede solicitar el pago por parte del paciente o derivar a un tercero las gestiones para la solicitud del pago (consultar la Política de Facturación y Cobranzas).

ELEGIBILIDAD PRESUNTA

Se puede otorgar elegibilidad presunta a los pacientes según su elegibilidad para otros programas o sus circunstancias de vida tales como:

- El paciente o garante se ha declarado en quiebra. En casos de quiebra, sólo se cancelará el saldo de la cuenta a la fecha de liquidación de la quiebra.
- El paciente o el garante falleció sin patrimonio testamentario.
- Se determina que el paciente o garante no tiene hogar.
- Methodist determina que el paciente o garante es extranjero ilegal, sin evidencia de ingresos o activos según lo establecido por medio de la comunicación con el paciente o garante, informes de crédito, o cualquier otro medio apropiado.
- Cuentas devueltas por la agencia de cobranzas y definidas como incobrables por cualquiera de las razones antes mencionadas.
- El paciente o garante que califique para los programas estatales de Medicaid será elegible para recibir asistencia para cualquier obligación de costo compartido asociada con el programa o los servicios no cubiertos, a menos que lo prohíba la ley estatal.

Methodist entiende 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 establezca la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera sin completar la solicitud formal de asistencia financiera. Methodist puede utilizar otra información para determinar si la cuenta de un paciente es incobrable, y se utilizará para determinar la elegibilidad presunta.

Methodist puede utilizar un tercero para realizar una revisión electrónica de la información del paciente y evaluar su necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo reconocido por la industria de la salud cimentado en bases de datos de registros públicos. Este modelo predictivo incorpora datos de registros públicos para calcular un puntaje de capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones de ingresos, activos y liquidez. La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente bajo los mismos estándares y se calibra con las aprobaciones históricas de asistencia financiera de Methodist según el proceso de solicitud tradicional.

La tecnología electrónica, cuando se utilice, se implementará antes de la definición de “deuda incobrable”, después de que se hayan agotado todas las otras fuentes de elegibilidad y pago. Esto permite que Methodist evalúe a los pacientes sin seguro para obtener asistencia financiera antes de emprender cualquier acción de cobro extraordinaria. Los datos recopilados de esta revisión de elegibilidad electrónica constituirán documentación adecuada de necesidad financiera bajo la política de Methodist.

CARIDAD TOTAL

Cuando se utilice la inscripción electrónica como base para la elegibilidad presunta, el departamento de servicios financieros para el paciente llevará a cabo una evaluación de presunción de atención caritativa. Se evaluará a los pacientes para determinar si corresponde un ajuste de Asistencia Financiera del 100% y, de ser así, se proporcionará retrospectivamente para saldos elegibles impagos, incluidos los saldos de deuda incobrable, con la excepción de los saldos en proceso legal o proceso judicial. Las cuentas de pacientes a las que se les otorgó el 100% de Asistencia Financiera bajo elegibilidad presunta se reclasificarán bajo la política de asistencia financiera. No se enviarán a cobro, no estarán sujetos a acciones de cobro adicionales, no se les enviará una notificación por escrito de su calificación de elegibilidad electrónica y no se incluirán en el gasto de deuda incobrable del hospital.

CARIDAD PARCIAL

Para los pacientes que no puedan calificar para el 100% de la asistencia financiera bajo elegibilidad presunta, aún podrán ser considerados bajo el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera para una mayor asistencia financiera. Methodist proporcionará un aviso por escrito informando a los pacientes que es posible que haya una mayor asistencia financiera disponible. Este aviso incluirá un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera y las acciones que pueden iniciarse si no se presenta una solicitud de asistencia financiera o si no se paga el saldo pendiente. Se enviará una notificación por escrito a los siguientes pacientes que fueron evaluados bajo el proceso de elegibilidad presunta: (a) pacientes que calificaron para asistencia financiera parcial; (b) pacientes a quienes se les negó la asistencia financiera; y (c) pacientes sobre los que no había suficiente información disponible para determinar la aprobación o la denegación.

PACIENTE NO RESPONSIVO:

Methodist entiende que ciertos pacientes pueden no ser responsivos al proceso de solicitud de Methodist. Bajo estas circunstancias, Methodist puede utilizar otras fuentes de información para hacer una evaluación individual de la necesidad financiera.

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

La 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. Sin embargo, los pacientes que actualmente reciben asistencia financiera del fideicomisario, el condado, el estado y/o la asistencia federal, con la prueba adecuada correspondiente, no necesitarán proporcionar al hospital otra información de ingresos, y los municipios que califican a pacientes para asistencia de ingresos y asistencia médica, son reconocidos como agencias calificadas y no será necesaria más información sobre ingresos, siempre que se cuente con las pruebas adecuadas.

La documentación de ingresos y activos (cuando corresponda) debe incluirse para todos los pacientes que soliciten asistencia financiera, cuando dicha información se encuentre disponible y sea accesible para el paciente. Durante el proceso de selección, la firma del paciente significará la solicitud de asistencia financiera del paciente. Se requiere evidencia confiable que respalde la necesidad de asistencia financiera. Los ingresos se determinarán antes de la deducción de impuestos. Para determinar elegibilidad, se requiere la siguiente documentación de ingresos de los pacientes o sus garantes:

- Copia de la declaración de impuestos federal con todos los cronogramas del año fiscal más reciente
- Comprobante de ingresos actual (copia de los talones de pago más recientes o alguna otra documentación)
- Comprobante de otros ingresos (incluye ingresos, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI por sus siglas en inglés), asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingresos por jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, estipendios educativos, pensión alimenticia, apoyo regular de miembros de la familia que no viven en el hogar, pagos de seguros y anualidades, etc.)

- Estados de cuenta bancarios actuales
- Otros documentos que puedan ser necesarios para comprobar los ingresos

Los beneficios que no son en efectivo (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) y las pérdidas de capital se excluyen del cálculo de ingresos y activos.

ASISTENCIA CATASTRÓFICA

Si bien el Programa de Asistencia Financiera (FAP por sus siglas en inglés) se basa principalmente en los ingresos, un paciente que no califica para recibir asistencia financiera según el programa basado en los ingresos, puede calificar para la Asistencia Catastrófica. Bajo la Asistencia Catastrófica, los activos se valorarán y se agregarán al ingreso total del hogar o unidad familiar para así determinar la asistencia financiera necesaria. El paciente o garante deberá proporcionar la siguiente documentación y otra información solicitada sobre los activos para determinar la elegibilidad:

- Cuentas de Cheques
- Cuentas de Ahorro
- Cuentas del Mercado Monetario
- Certificados de Depósito
- Anualidades
- Cuentas de Inversión (que no son para la jubilación)
- Cuentas de Jubilación, incluidas las Pensiones
- Propiedades Inmobiliarias
- Acuerdos o posibles Acuerdos Financieros / Liquidaciones
- Otros activos

PRESENTACIÓN Y REVISIÓN DE SOLICITUDES DE ASISTENCIA FINANCIERA

Las solicitudes de asistencia financiera pueden presentarse hasta 240 días después de la fecha del primer estado o resúmen de cuenta posterior al alta.

Si una solicitud está incompleta o hubo una solicitud de información adicional, la solicitud permanecerá activa durante 30 días a partir de la fecha en la que se envió la carta al solicitante pidiendo dicha información. Si el solicitante no ha respondido dentro de un plazo de 30 días, la solicitud será denegada.

Durante el período en el que se esté revisando la Solicitud de Asistencia Financiera (FAA por sus siglas en inglés) ya completa, habrá una suspensión de todos los procedimientos de cobro. La FAA se documentará en el registro del paciente o se escaneará y se tomará nota en la cuenta. El proceso normal de facturación debe continuar mientras se revisa y considera la FAA. Si una FAA completa y de conformidad es aprobada por el representante adecuado de Methodist, esto se anotará en el expediente del paciente y el saldo de la cuenta se ajustará en consecuencia utilizando el código apropiado. **Las solicitudes de asistencia financiera deben presentarse en una de las siguientes oficinas:**

The Methodist Hospitals, Inc.
 Attn: Financial Services
 600 Grant Street
 Gary, Indiana 46402
 Fax: 219-886-6930

The Methodist Hospitals, Inc.
 Attn: Financial Services
 8701 Broadway
 Merrillville, Indiana 46410
 Fax: 219-738-6606

Si se le niega la asistencia financiera, el paciente o el garante del paciente puede volver a presentar la solicitud en cualquier momento en el que haya habido algún cambio de ingresos o de situación.

MONTOS FACTURADOS A PACIENTES ELEGIBLES PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para un paciente sin seguro o con seguro insuficiente, o un paciente en atención de enfermedades catastróficas que califica para recibir asistencia financiera bajo esta política, el monto facturado al paciente o garante no excederá el porcentaje del Monto Generalmente Facturado (AGB por sus siglas en inglés) multiplicado por los cargos totales facturados. Por lo tanto, cualquier saldo del paciente determinado por Caridad Parcial o un Saldo Catastrófico se ajustará para cumplir con el límite superior establecido por AGB.

El Método Look Back se basará en las cantidades permitidas según el pago por servicios de Medicare (Fee-For-Service). Los reclamos a incluirse en el cálculo de AGB serán reclamos cancelados durante el año calendario anterior que fueron adjudicados por el pago por servicio de Medicare al momento de completarse el cálculo de AGB. Los montos de coseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador junto con el pago de la tarifa por servicio de Medicare. Los cargos brutos por dichos reclamos se incluirán en el denominador. El AGB se calculará de manera anual el día 45 posterior al cierre del año calendario anterior y se implementará al día 120 posterior al cierre del año calendario.

Los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera no deberán pagar los cargos brutos de los servicios elegibles mientras estén cubiertos por la política de asistencia financiera de Methodist.

DETERMINACIONES DE ELEGIBILIDAD, APELACIONES Y RESOLUCIÓN DE DISPUTAS

Los pacientes deberán ser notificados de la decisión sobre su Solicitud de Asistencia Financiera (FAA) por escrito dentro de los treinta (30) días posteriores de entregada la solicitud completa. Al solicitante que se determine elegible para recibir asistencia financiera se le reembolsarán los pagos que excedan la cantidad que se estipule como adeudada por el paciente o el garante en las cuentas impagas para las que se ha otorgado asistencia bajo la política de asistencia financiera de Methodist. Los reembolsos se aplican a pagos en exceso de \$5 o más. De acuerdo con esta política, la asistencia financiera generalmente no se otorga para copagos o saldos después de aplicado el seguro cuando un paciente no obtiene las referencias o autorizaciones adecuadas, o si dicha asistencia no está en línea con el acuerdo contractual de la aseguradora, por lo tanto, esos pagos recibidos no serán reembolsados. Los pacientes pueden apelar esta decisión por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la notificación a:

The Methodist Hospitals, Inc.
Attn: Financial Services
600 Grant Street
Gary, Indiana 46402
Fax: 219-886-6930

Las apelaciones deben presentarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la decisión original. El Comité de Asistencia Financiera evaluará la apelación para una revisión más a fondo. Las decisiones del Comité de Asistencia Financiera serán definitivas.

PERÍODO DE CALIFICACIÓN

Si se establece que un solicitante es elegible para recibir asistencia, Methodist otorgará asistencia financiera por un período de seis meses a partir de la fecha de aprobación, y la asistencia financiera también se aplicará en forma retroactiva a todos los saldos impagos de las cuentas elegibles, incluidas aquellas cuentas con deudas incobrables (Bad Debt), a excepción de cuentas en proceso legal o proceso judicial.

NOTIFICACIÓN DE ASISTENCIA FINANCIERA

La información sobre la política de asistencia financiera de Methodist se publicará en los lugares de registro y admisión de hospitales y clínicas, en el departamento de emergencias del hospital, y en los resúmenes o estados de cuenta de los pacientes. Esta información también se puede obtener a través de los asesores financieros de la organización.

La Política de Asistencia Financiera de Methodist, la solicitud, el Resumen en Lenguaje Sencillo, la Política de Facturación y Cobro; y la Política de Pago por Cuenta Propia estarán disponibles en el sitio web del sistema en www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/. Esta información también está disponible en forma gratuita. Si necesita ayuda para completar la solicitud de asistencia financiera, puede llamar al (219) 886-4584 o al (219) 738-5508 para hablar con un asesor financiero.

La información sobre la política de asistencia financiera de Methodist se comunicará a los pacientes en un lenguaje culturalmente apropiado. La información sobre asistencia financiera y el aviso publicado en los hospitales y clínicas se traducirán en cualquier idioma que sea el idioma principal hablado por el arrendador financiero 1,000 o el 5% de los residentes en el área de servicio.

REQUISITOS REGLAMENTARIOS

Methodist cumplirá con todas las leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales, y con los requisitos de presentación de informes que puedan aplicarse a las actividades realizadas en conformidad con esta política. Esta política requiere que Methodist haga un seguimiento de la asistencia financiera proporcionada para garantizar informes precisos. La información sobre la asistencia financiera proporcionada en virtud de esta política se informará de manera anual en el Formulario 990 del IRS, Anexo H.

SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

De acuerdo con las regulaciones de la LEY FEDERAL DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA Y TRABAJO (EMTALA), ningún paciente debe ser evaluado para recibir asistencia financiera; información de pago; o cobro de deudas antes de la prestación de servicios para una Condición Médica de Emergencia. Methodist no discriminará en función de la edad, el sexo, la raza, el credo, el color, la discapacidad, la orientación sexual, el origen nacional, el estatus migratorio o la elegibilidad para la Política de Asistencia Financiera (FAP por sus siglas en inglés) al brindar servicios para una Condición Médica de Emergencia. Methodist puede solicitar a un paciente que realice un pago; o pagar deudas pendientes; o pagar obligaciones de costos compartidos (es decir, copagos, coseguros y deducibles) después de que se hayan prestado los servicios para una Condición Médica de Emergencia. No se permitirán solicitudes de pago o actividades de cobro de deuda que puedan causar un retraso en la atención necesaria de una Condición Médica de Emergencia identificada que ocurra en cualquier lugar o en cualquier momento en Methodist.

MANTENIMIENTO DE REGISTROS

Methodist documentará la asistencia financiera para mantener los controles adecuados y cumplir con todos los requisitos de cumplimiento internos y externos.

LIMITACIONES DEL PROGRAMA

The Methodist Hospitals, Inc. está comprometido a brindarle sus servicios a los miembros más desfavorecidos de nuestra comunidad en la medida que lo permitan nuestros recursos financieros limitados. Para garantizar una gestión prudente de los recursos limitados, Methodist revisará estos programas periódicamente y realizará ajustes en virtud de nuestros recursos financieros limitados para garantizar nuestra longevidad y compromiso con los servicios a futuro para quienes más los necesiten.

II. DEFINICIONES:

- A. **Monto Generalmente Facturado (AGB por sus siglas en inglés):** el monto generalmente facturado es el pago esperado por los servicios de emergencia o médicamente necesarios de los pacientes y/o el garante del paciente. Para los pacientes elegibles, esta cantidad no excederá una tarifa que se va a determinar utilizando el Método Retrospectivo (Look Back Method) descrito en §1.501(r)-5(b) (3) del Código de Impuestos Interno. De manera prospectiva, Methodist puede cambiar el método de cálculo y/o el Porcentaje de AGB en cualquier momento en que se actualice esta política.
- B. **Porcentaje del Monto Generalmente Facturado (“Porcentaje AGB” por sus siglas en inglés):** El método retrospectivo o Look Back se basará en las cantidades permitidas según el pago por servicios o Fee-For-Services de Medicare. Los reclamos a incluirse en el cálculo de AGB serán reclamos cancelados en el año calendario anterior que fueron adjudicados por el pago por servicio de Medicare en el momento en que se completó el cálculo de AGB. Los montos de coseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador junto con el pago por servicio de Medicare. Los cargos brutos por dichos reclamos se incluirán en el denominador. El Porcentaje de AGB se calculará anualmente el día 45 posterior al cierre del año calendario anterior y se implementará al día 120 posterior al cierre del año calendario.
- C. **Período de Solicitud:** El período durante el cual se recibirán y procesarán las solicitudes de asistencia financiera. El período de solicitud será como mínimo a partir de la fecha en la que se haya brindado la atención médica y no menos de 240 días después de la fecha en la que se proporcione el primer estado o resumen de cuenta posterior al servicio.
- D. **Activos:** Bienes personales y artículos de valor incluyendo cuentas corrientes, cuentas de ahorro, cuentas de mercado monetario, certificados de depósito, anualidades, inversiones jubilatorias, bienes inmobiliarios, liquidaciones o acuerdos propuestos propiedad del paciente y/o de la parte responsable. Los fondos jubilatorios (sin embargo, las distribuciones y los pagos de pensiones o planes de jubilación se incluirán en los ingresos), la residencia principal y los automóviles habituales se excluirán de consideración al evaluar los ingresos y la capacidad de pago del paciente, a menos que se determine que son un activo extraordinario. Los activos extraordinarios son aquellos elementos que superan las necesidades básicas de vivienda y transporte requeridos para la autosuficiencia. Los ejemplos de activos extraordinarios serían: cuentas de ahorro con valores superiores a los gastos anuales estimados; propiedades personales consideradas recreativas como ser las casas de vacaciones; terrenos que no generan ingresos; y varios vehículos por adulto en la familia.
- E. **Asistencia Catastrófica:** asistencia financiera proporcionada a (a) pacientes elegibles con ingresos familiares anuales por encima del 400% del nivel federal de pobreza, y obligaciones financieras durante un período de 12 meses resultantes de servicios médicos prestados por Methodist superiores al 25% del ingreso familiar o (b) con la aprobación del Director Financiero (CFO) para pacientes con circunstancias atenuantes.
- F. **SERVICIOS ELEGIBLES:** los servicios elegibles bajo la política de asistencia financiera de Methodist deben ser clínicamente apropiados y dentro de los estándares de práctica médica generalmente aceptados, e incluyen lo siguiente:
1. Servicios médicos de emergencia proporcionados en un entorno de emergencia, así como la atención brindada en una situación de emergencia con el objetivo de estabilizar la condición del paciente.
 2. Servicios no electivos proporcionados en respuesta a circunstancias que amenazan la vida en un entorno que no es de emergencia.
 3. Servicios médicamente necesarios como ser los servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios que se brindan con el objetivo de evaluar, diagnosticar y/o tratar una lesión o enfermedad, así como también los servicios típicamente definidos por Medicare u otra cobertura de seguro médico como "artículos o servicios cubiertos".
 4. Los servicios de proveedores empleados por Methodist también están cubiertos bajo esta política. Consulte el Anexo tres para obtener una lista completa de proveedores incluidos.
 5. Los servicios no elegibles para asistencia financiera (a menos que se indique específicamente lo contrario, como ser abordar un objetivo de Evaluación de las Necesidades de la Comunidad) incluyen lo siguiente:

6. Procedimientos electivos que no son médicamente necesarios, así como servicios que normalmente no están cubiertos por Medicare o definidos por Medicare u otra cobertura de seguro médico que no los considere médicamente necesarios.
 7. Cirugía Lasik, Atención Quiropráctica, Servicios de Fertilidad, Lentes de Contacto/Anteojos, Cirugía Estética/Servicios Plásticos (sin embargo, la cirugía plástica requerida para corregir una desfiguración causada por una lesión o enfermedad o defecto congénito o deformidad se considerará Médicamente Necesaria), Audífonos, Ortodoncia, Servicios Dentales, Optometría.
 8. Servicios recibidos de parte de proveedores médicos no facturados con el número de identificación fiscal de Methodist (por ejemplo: profesionales de la salud privados y/o médicos que no son de Methodist, transporte en ambulancia, etc.). Se recomienda a los pacientes comunicarse directamente con esos proveedores para consultar sobre cualquier asistencia disponible y para hacer arreglos de pago. Consultar el Anexo 3 para obtener una lista de proveedores no cubiertos por esta política.
 9. Los deducibles y el coseguro asociado con los servicios médicamente necesarios proporcionados al paciente fuera de la red según lo definido por sus compañías aseguradoras.
- G. Condición Médica de Emergencia:** según se define en la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd). El término “condición médica de emergencia” se refiere a una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) como para creer razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata puede resultar en:
1. 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),
 2. Deterioro grave de las funciones corporales, o
 3. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo,
 4. Con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones:
 - i. Que no haya tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o que el traslado pueda suponer una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del bebé en gestación.
- H. Tamaño y Composición de la Familia/Hogar:** El tamaño de la Familia/Hogar se calcula para incluir al paciente, su cónyuge (incluyendo un cónyuge legal consuetudinario) y sus dependientes legales de acuerdo con las reglas del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Por lo tanto, si el paciente reclama a alguien como dependiente en su declaración de impuestos, dicha persona puede ser considerada como dependiente a efectos de la prestación de asistencia económica.
- I. Ingreso Familiar/del Hogar:** El ingreso familiar de un solicitante es el ingreso bruto combinado de todos los miembros adultos de la familia que viven en el hogar y se incluye en la declaración de impuestos federal más reciente. Para pacientes menores de 18 años, el ingreso familiar/del hogar incluye el del padre o los padres y/o padrastros o parientes encargados del cuidado. El ingreso de la familia/hogar se determina utilizando (a) la definición de la Oficina del Censo que incluye los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza y (b) los Activos Líquidos superiores a \$10,000:
1. Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación de trabajadores, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de sucesiones, fideicomisos, estipendios educativos, pensión alimenticia, ganancias de capital, apoyo habitual recibido fuera del hogar, pagos de seguros y anualidades, ingresos por alquileres, regalías, etc.
 2. Los beneficios no monetarios (como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda) se excluyen
 3. Determinado antes de impuestos
 4. Excluye pérdidas de capital
- J. Nivel Federal de Pobreza:** el Nivel Federal de Pobreza (FPL) utiliza umbrales de ingresos que varían según el tamaño y la composición familiar para determinar quién se encuentra en la 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/>.

- K. **Beneficencia Total:** ingreso familiar igual o inferior al 200% de las Pautas Federales de Pobreza (FPG por sus siglas en inglés). (Las solicitudes que califiquen recibirán un 100% de alivio en sus obligaciones hospitalarias).
- L. **Garante:** una persona distinta del paciente que es responsable del pago de la factura del paciente.
- M. **Cargos Brutos:** cargos totales con la tarifa completa establecida para la prestación de servicios de atención al paciente antes de aplicar las deducciones por ingresos.
- N. **Indigente o Sin Hogar:** según lo define el gobierno federal, y publicado en el Registro Federal el 5 de diciembre de 2011 por HUD: una persona o familia que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada, lo que significa que la persona o familia tiene una residencia nocturna principal que es un lugar público o privado que no está destinado a la habitación humana, o está viviendo en un refugio público o privado diseñado para proporcionar planes de vivienda temporal. Esta categoría también incluye a las personas que están saliendo de una institución en la que residieron durante 90 días o menos y que residían en un refugio de emergencia o en un lugar no destinado a la habitación humana inmediatamente antes de ingresar a la institución.
- O. **Ingreso:** Ver la definición de Ingreso Familiar/del Hogar
- P. **Verificación de Ingresos:** los pacientes que actualmente reciben asistencia financiera por parte del fideicomisario, el condado, el estado y/o la asistencia federal, con prueba adecuada de ello, no necesitan proporcionar al hospital otra información de ingresos. Los municipios que aprueban a los pacientes para asistencia de ingresos y asistencia médica se reconocen como agencias calificadoras y no será necesaria más información relacionada a los ingresos.
- Q. **Activos Líquidos:** Efectivo, valores, pagarés, acciones, bonos, Bonos de Ahorro de EE. UU., cuentas corrientes, cuentas de ahorro, fondos de inversión, certificados de depósito, pólizas de seguro de vida con valores de rescate en efectivo, cuentas por cobrar, bienes inmuebles (que no sean residencia primaria) u otra propiedad inmediatamente convertible en efectivo. Los Activos Líquidos no incluyen activos de jubilación a los que el Servicio de Impuestos Internos haya otorgado un tratamiento fiscal preferencial como ser una cuenta de jubilación, incluyendo entre otros, planes de compensación diferida calificados según el Código de Impuestos Internos o planes de compensación diferida no calificados. Cualquier recurso excluido de la determinación de elegibilidad financiera bajo el Programa de Asistencia Médica de la Ley del Seguro Social no se considerará como activo convertible en efectivo.
- R. **Medicamento Necesario:** según lo define Medicare como servicios o artículos razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.
- S. **Pago por Servicio (FFS) de Medicare:** seguro de salud disponible bajo la Parte A y la Parte B de Medicare del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (42 USC 1395c – 1395w-5).
- T. **Caridad Parcial:** una reducción de escala móvil en los cargos facturados de acuerdo con la evaluación de ingresos brutos (antes de impuestos) para pacientes que no califican para ninguna otra asistencia financiera, que solicitan asistencia y cooperan plenamente con el proceso de determinación de necesidad financiera o cumplen requisitos de elegibilidad presunta. Los pacientes/garantes cuyos ingresos estén entre el 201 y el 400% de las Pautas Federales de Pobreza calificarán para uno de los siguientes planes de asistencia:
1. Plan de Asistencia Financiera I (HH90) 201-250 % FPG = 90 % del saldo adeudado por el paciente
 2. Plan de Asistencia Financiera 2 (HH70) 251-300 % FPG = 70 % del saldo adeudado por el paciente
 3. Plan de Asistencia Financiera 3 (HH50) 301-350 % FPG = 50 % del saldo adeudado por el paciente
 4. Plan de Asistencia Financiera 4 (HH45) 351-400 % FPG = 45 % del saldo adeudado por el paciente
- Nota: Cualquier saldo de un paciente determinado por Caridad Parcial (Partial Charity) se ajustará para cumplir con el límite superior establecido por AGB.
- U. **Acuerdo de Pago:** Un Acuerdo de Pago es un Plan de Pago.
- V. **Plan de Pagos:** un plan de pagos que es acordado entre Methodist y un paciente o el garante del paciente, para los gastos de cuenta propia o de bolsillo. El plan de pagos tendrá en cuenta las circunstancias financieras del paciente, el monto adeudado y cualquier pago anterior.
- W. **Opciones de Planes de Pago:** hasta un plan de pagos de 12 meses sin interés, con un pago mínimo de \$25.00. El saldo debe pagarse dentro de los 12 meses o solicitar aprobación para una extensión.
- X. **Elegibilidad Presunta:** en determinadas circunstancias, se puede presumir o considerar que los pacientes sin seguro son elegibles para recibir asistencia financiera en función de su inscripción en otros programas con verificación de recursos u otras fuentes de información, no proporcionadas directamente por el paciente, para realizar una evaluación individual de la necesidad de asistencia financiera.

- Y. **Compañía de Seguro Médico Privado:** cualquier organización que no sea una unidad gubernamental y ofrezca seguro de salud, incluyendo las organizaciones no gubernamentales que administran un plan de seguro de salud bajo Medicare Advantage.
- Z. **Período de Elegibilidad:** El período de tiempo descrito en este documento para el cual se otorgará la asistencia financiera.
- AA. **Descuento a Personas Sin Seguro/Descuento a Personas con Seguro Insuficiente:** a los pacientes sin cobertura de terceros, según lo permite esta póliza, se les otorgará un descuento para personas sin seguro en los servicios elegibles proporcionados por Methodist en el momento en que se realicen los cargos sin descuento.
- BB. **Paciente con Seguro Insuficiente:** una persona con cobertura de seguro público o privado, para quien pagar en su totalidad los gastos por cuenta propia de los servicios médicos proporcionados por Methodist representaría una dificultad económica.
- CC. **Paciente Sin Seguro:** un paciente sin cobertura de terceros proporcionada a través de una aseguradora comercial de terceros, un plan ERISA, un Programa Federal de Atención Médica (incluidos entre otros, Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación para trabajadores u otra asistencia de terceros disponible para cubrir el costo de los gastos de atención médica de un paciente.

III. REFERENCIAS:

Política EMTALA

Política de Cobro por Cuenta Propia y Facturación

Directrices Federales de Pobreza, Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU.

Aviso de IRS 2015-46 y 29 CFR §§1.501(r) (4) – (6)

26 CFR 250 (31 de diciembre de 2014) p78954-79016

Apéndice 1: Formulario de Solicitud de Asistencia Financiera

Apéndice 2: FPL

Apéndice 3: Proveedores Cubiertos y Departamentos

Apéndice 4: Porcentaje de las Cantidades Generalmente Facturadas (AGB)

Apéndice 5: Acceso Público a los Documentos

Apéndice 6: Resumen en Términos Sencillos

IV. DOCUMENTO INFORMATIVO:

A. Presentado por

Departamento y Título

Director, Ciclo de Ingresos

B. Revisión y Requisitos para Renovación

Esta política se revisará anualmente y según lo requiera el cambio de ley, práctica o estándar.

C. Análisis / Historial de Revisión

Revisado el: 19/03/18

Revisado el: 20/03/17, 8/2017, 1/2019, 8/2020, 6/2021, 12/2021, 2/2022

D. Aprobaciones

- 1. Esta Política ha sido revisada y aprobada por el Director del Departamento y el(los) Vicepresidente(s) del(los) Grupo(s) de Servicio:**

Director del Departamento

Ciclo de Ingresos

Fecha

12/2021

Vicepresidente(s)

CFO

Fecha

12/2021

2. Esta Política ha sido revisada y/o aprobada por los siguientes comités:

Comité(s)

Junta Directiva

Fecha

12/2021

Política de Asistencia Financiera

Apéndice 1

Consulte las siguientes páginas para la Solicitud de Asistencia Financiera

Programa de Asistencia Financiera
Lista de Verificación de Documentación

Consulte la Política de Asistencia Financiera para conocer los requisitos de elegibilidad. Su solicitud debe incluir copias de cualquiera de los siguientes documentos que apliquen en su caso. Adjunte copias, no originales, ya que no podemos devolver ningún documento enviado con la solicitud. Si alguno de los documentos falta, se retrasará el procesamiento de su solicitud.

Adjuntar una copia de la Licencia de Conducir del Paciente y/o Garante, Tarjeta de Identificación Estatal, Visa u otra prueba de Identidad y Residencia.

Si su Hogar cuenta con Ingresos:

- Sueldos, salarios, propinas
- Ingresos por actividades comerciales
- Ingresos del Seguro Social
- Ingresos por pensión o retiro
- Dividendos e intereses
- Rentas y regalías
- Indemnización por desempleo
- Sentencias judiciales
- Indemnización laboral
- Pensión alimenticia y/o manutención por hijos

Adjunte los comprobantes de los ingresos de su hogar, que pueden incluir:

- > Pagos por beneficios del Seguro Social y/o distribución de ingresos por pensión/jubilación
- > Cartas de concesión de cupones/estampillas para alimentos (SNAP) o TANF o Township
- > Cartas de adjudicación de indemnización o desempleo
- > Talones/comprobantes de pago de sueldo de los últimos 30 días (talones de pago y/o formularios 1099)
- > Formulario IRS 1040 más reciente con anexos/equivalente del Formulario 1040 para residencias en otros países
- > Si trabaja por cuenta propia, debe incluir una declaración de impuestos con el Anexo C y/o declaración de pérdidas y ganancias
- > Dividendos e intereses reflejados en estados de cuenta bancarios, estados de cuenta de fondos de inversión, cuentas de mercado monetario, COD, bonos, acciones, etc.
- > Otros ingresos como fondos fiduciarios, fundaciones benéficas, etc. (estado de cuenta de este mes o del mes pasado)
- > Activos Líquidos: efectivo, valores, pagarés, acciones, bonos, Bonos de Ahorro de EE. UU., cuentas corrientes, cuentas de ahorro, fondos de inversión, certificados de depósito, pólizas de seguro de vida con valores de rescate en efectivo, cuentas por cobrar, bienes inmuebles (que no sean la residencia principal) u otros bienes inmediatamente convertibles en efectivo.

Si No Tiene Ingresos:

Si no tiene ingresos, envíenos una carta de patrocinio. La persona que le proporciona su patrocinio/manutención debe firmar la carta y certificarla ante notario público.

Carta de Denegación de Asistencia Médica

Debe solicitar asistencia médica y enviar una copia de su Carta de Denegación antes de que podamos aprobar su solicitud.

Su formulario de solicitud de asistencia financiera llenado y firmado.

Por favor, complete todas las secciones del formulario según correspondan a su caso. Tenga en cuenta que se debe llenar una solicitud por separado para cada paciente individual que solicite asistencia financiera.

Si usted no es elegible para Asistencia Financiera basada en los ingresos, por favor hable con un asesor financiero sobre la Asistencia Catastrófica (Catastrophic Care Assistance).

Programa de Asistencia Financiera

Para ayudarnos a determinar si es elegible para recibir asistencia financiera, complete y envíe la solicitud a una de las direcciones mencionadas aquí. Por favor, adjunte todos los documentos requeridos.

Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar la solicitud, por favor comuníquese con Servicios Financieros

Southlake Campus
Financial Services
Methodist Hospital
8701 Broadway Ave
Merrillville, IN 46410
219-738-5508

Northlake Campus
Financial Services
Methodist Hospital
600 Grant Street
Gary, IN 46402
219-886-4584

Número(s) de Cuenta: _____

Nombre del Paciente:	
Fecha de Nacimiento del Paciente (mes/día/año):	
Dirección del Paciente:	
Ciudad, Estado y Código Postal del Paciente:	
Número de Celular del Paciente:	Teléfono durante el Día del Paciente:
Nombre del Empleador del Paciente:	Nro. de Tel. del Empleador del Paciente:
Nro. de Seguro Social del Paciente: _____ . Nota: el Número del Seguro Social se requiere para algunos programas de salud pública, incluyendo Medicaid. Proveer su Número de Seguro Social nos ayudará a saber si califica para algún programa de salud pública.	

Si el Garante es el Paciente - omitir esta sección	
Nombre del Garante	
Relación del Garante con el Paciente:	
Dirección del Garante:	
Ciudad, Estado y Código Postal del Garante:	
Teléfono Celular del Garante:	Teléfono durante el Día del Garante:
Nombre del Empleador del Garante:	Nro. de Tel. del Empleador del Garante:

Cónyuge Garante – omitir si no hay cónyuge	
Nombre del Cónyuge del Garante:	
Dirección del Cónyuge del Garante:	
Ciudad, Estado y Código Postal del Cónyuge del Garante:	
Número de Teléfono del Cónyuge del Garante:	

¿El Paciente tiene Seguro Médico? Sí No	Si tiene seguro, ¿cuál es el nombre de la aseguradora?
¿Solicitó Asistencia Médica en los últimos 6 meses? Sí No	
En caso afirmativo, por favor adjuntar una copia de la Carta de Denegación.	
¿Tiene pendiente un juicio, conciliación, demanda por lesión personal o responsabilidad para esta(s) fecha(s) de	

servicio/tratamiento? Sí No En caso Afirmativo, proporcione los detalles.

Información del Hogar: enumere TODOS los miembros de su hogar, incluyendo los dependientes que figuran en su Formulario 1040 de IRS más reciente. Si ahora está divorciado o separado, proporcione las pruebas. Si está embarazada, eso cuenta como dos miembros.

Nombre	Relación con el Paciente	Edad

Número total de miembros en el hogar (incluyendo el paciente):

Ingreso Mensual del Hogar: Proporcione su ingreso mensual y el de los otros miembros del hogar. También adjunte las copias de sus comprobantes de ingresos y sus documentos de activos (consulte la lista de verificación de documentación).

Ingreso Mensual Bruto	Yo Mismo	Cónyuge y/o Otros Miembros del Hogar
Salarios/empleo por cuenta propia	\$	\$
Seguro Social	\$	\$
Ingreso de Pensión o Retiro	\$	\$
Dividendos e Intereses	\$	\$
Rentas y Regalías	\$	\$
Desempleo	\$	\$
Indemnización Laboral	\$	\$
Pensión Alimenticia y Manutención de Hijos	\$	\$
Fallos Judiciales	\$	\$
Ingresos Comerciales	\$	\$
Otros Ingresos	\$	\$
Activos Líquidos (consulte la lista de verificación): si es menos de \$10,000, ingrese \$0. Si es mayor a \$10,000, enumere la cantidad de dólares que excede los \$10,000	\$	\$
Ingreso Mensual Familiar total utilizado para determinar la elegibilidad para recibir asistencia	\$	\$

Comentarios Adicionales:

Aviso: El objetivo de esta solicitud es el de funcionar como una declaración de política hospitalaria y no como un contrato o acuerdo con ningún paciente o garante. Esta solicitud no da derecho a ninguna persona a obtener asistencia financiera. Esta aplicación no crea ni tiene la intención de crear ningún beneficiario de terceras partes, ni tiene la intención de crear ningún derecho legal con respecto a ninguna persona o entidad. La información proporcionada por el paciente/garante se utilizará solamente para determinar la responsabilidad financiera ante los cargos de Methodist (atención médica incluyendo los servicios del hospital y del proveedor correspondiente) y se mantendrá de forma confidencial. La información proporcionada para acreditar ingresos y bienes no será devuelta. La información enviada sobre el ingreso familiar anual y el tamaño del hogar está sujeta a verificación por parte de Methodist, lo que incluye según sea necesario, la obtención de información financiera de empleadores, bancos y otras entidades enumeradas por mí en esta solicitud. **Sólo los servicios de atención médica de emergencia y médicamente necesarios son elegibles para el servicio gratuito o con descuento.**

Certificación: Mi firma autoriza a Methodist a verificar toda la información proporcionada en este formulario, incluyendo la autorización para verificar el historial crediticio, el estatus laboral y otras fuentes de información de terceros para determinar la elegibilidad para programas médicos federales, estatales y privados. Certifico que a mi leal saber y entender, la información citada anteriormente es fidedigna y exacta. Entiendo que, si se determina que alguna información que he proporcionado es falsa, eso puede resultar en la revocación de la aprobación de asistencia financiera y seré responsable por el monto total de todos los cargos adjudicados. Entiendo que la determinación de asistencia financiera se realiza únicamente a discreción de Methodist.

Firma del Garante: _____

Fecha: _____

Firma del Cónyuge del Garante: _____

Fecha: _____

Carta de Patrocinio

Número de registro médico/número de cuenta del paciente

Nombre del patrocinador

Relación con el paciente/solicitante

Dirección del patrocinador

A los Hospitales Methodist:

Esta carta es para informar que (nombre del paciente) recibe poco o ningún ingreso y lo estoy ayudando con sus gastos de manutención. Él/Ella tiene poca o ninguna obligación para conmigo.

Al firmar esta declaración, acepto que la información proporcionada es fidedigna según mi leal saber y entender.

Firma del Patrocinador _____ Fecha _____

Certificada o notarizada por:

The Methodist Hospitals, Inc.
Política de Asistencia Financiera
Apéndice 2
(Efectivo el 1 de marzo de 2022)

Umbral de Ingresos y de Activos: Las siguientes cifras son las pautas de pobreza de Salud y Servicios Humanos de 2022 que se publicaron en el Registro Federal el 21 de enero de 2022.

Número de Persona(s) en Familia/Hogar	100%	200%	250%	300%	400%	Umbral de Activos (100% de pobreza x 6)
1	\$13,590.00	\$27,180.00	\$33,975.00	\$40,770.00	\$54,360.00	\$81,540.00
2	\$18,310.00	\$36,620.00	\$45,775.00	\$54,930.00	\$73,240.00	\$109,860.00
3	\$23,030.00	\$46,060.00	\$57,575.00	\$69,090.00	\$92,120.00	\$138,180.00
4	\$27,750.00	\$55,500.00	\$69,375.00	\$83,250.00	\$111,000.00	\$166,500.00
5	\$32,470.00	\$64,940.00	\$81,175.00	\$97,410.00	\$129,880.00	\$194,820.00
6	\$37,190.00	\$74,380.00	\$92,975.00	\$111,570.00	\$148,760.00	\$223,140.00
7	\$41,910.00	\$83,820.00	\$104,775.00	\$125,730.00	\$167,640.00	\$251,460.00
8	\$46,630.00	\$93,260.00	\$116,575.00	\$139,890.00	\$186,520.00	\$279,780.00
Para familias/hogares de más de 8 personas, añadir la cantidad adecuada por cada persona adicional.	\$4,720.00	\$9,440.00	\$11,800.00	\$14,160.00	\$18,880.00	\$28,320.00

Política de Asistencia Financiera
Apéndice 3
Proveedores y Departamentos bajo Cobertura

- 1) The Methodist Hospitals, Inc. (Hospital): todas las locaciones
- 2) Factura de médicos y ayudantes de médicos bajo el número de identificación fiscal de Methodist, que son los siguientes: Methodist Physician Group; Indiana Surgical Associates at The Methodist Hospitals, Inc.; Northwest Indiana Gastroenterology Center at Methodist

Nota: Los servicios deben estar cubiertos por la Política de Asistencia Financiera y ser proporcionados por los Proveedores y Departamentos bajo Cobertura mencionados antes para calificar para la asistencia financiera.

Proveedores NO cubiertos por la Política de Asistencia Financiera

- 1) Médicos del Departamento de Emergencias/Ayudantes Médicos
- 2) Radiólogos/Ayudantes Médicos
- 3) Patólogos/Ayudantes Médicos
- 4) Anestesiólogos/Ayudantes Médicos
- 5) Hospitalistas/Ayudantes Médicos
- 6) Todos los demás médicos y ayudantes de médicos no facturados bajo el número de identificación fiscal de Methodist

Política de Asistencia Financiera
Apéndice 4
Cantidades Generalmente Facturadas, Porcentaje (AGB)

Methodist utiliza el Método “Look-Back”. De manera prospectiva, Methodist puede cambiar el método de cálculo y/o el Porcentaje Facturado de AGB en cualquier momento al actualizar esta política.

Porcentaje AGB del 1 de marzo de 2015 dados de alta en 2014)	27.7% (72.3% Descuento de los cargos. Basado en reclamos de Medicare
Porcentaje AGB del 1 de marzo de 2016 dados de alta en 2015)	25.1%. (74.9% Descuento de los cargos. Basado en reclamos de Medicare
Porcentaje ABG del 1 de marzo de 2017 dados de alta en 2016)	23.3%. (76.7% Descuento de los cargos. Basado en reclamos de Medicare
Porcentaje ABG del 1 de marzo de 2018 de alta en 2017)	22%. (78% Descuento de los cargos. Basado en reclamos de Medicare dados
Porcentaje ABG del 1 de marzo de 2019 dados de alta en 2018)	21.2%. (78.8% Descuento de los cargos. Basado en reclamos de Medicare
Porcentaje ABG del 1 de marzo de 2020 dados de alta en 2019 con saldo cero a febrero de 2020)	20.80%. (79.2% Descuento de los cargos. Basado en reclamos de Medicare
Porcentaje ABG del 1 de marzo de 2021 Medicare dados de alta en 2020, a partir del 10 de febrero de 2021)	20.80%. (79.2% Descuento de los cargos. Basado en reclamos pagos de
Porcentaje ABG del 1 de marzo de 2022 Medicare dados de alta en 2021, a partir del 10 de febrero de 2022)	20.04%. (79.96% Descuento de los cargos. Basado en reclamos pagos de

Política de Asistencia Financiera
Apéndice 5
Acceso Público a la Política Hospitalaria

La información sobre la Política de Asistencia Financiera y la Política de Cobro y Facturación por Cuenta Propia de Methodist se pondrán a disposición de los pacientes, así como también de la comunidad atendida por Methodist, a través de diversas fuentes.

1. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias gratuitas de la política de asistencia financiera, la política de cobro y facturación por cuenta propia, la solicitud de asistencia financiera y/o el resumen en términos sencillos, por correo postal a:

The Methodist Hospitals, Inc.
Attn: Financial Services
600 Grant Street
Gary, Indiana 46402

2. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias gratuitas de la política de asistencia financiera, la política de cobro y facturación por cuenta propia, la solicitud de asistencia financiera y/o el resumen en términos sencillos llamando al (219) 886-4584 o al (219) 738-5508.
3. Los pacientes y los garantes pueden descargar copias de la política de asistencia financiera, la política de cobro y facturación por cuenta propia, la solicitud de asistencia financiera y/o el resumen en términos sencillos en www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/.
4. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias gratuitas de la política de asistencia financiera, la política de cobro y facturación por cuenta propia, la solicitud de asistencia financiera y/o el resumen en términos sencillos, personalmente en las siguientes locaciones:

Methodist Hospitals
600 Grant Street
Gary, Indiana 46402

Methodist Hospitals
8701 Broadway
Merrillville, Indiana 46410

Política de Asistencia Financiera
Apéndice 6
Resumen en Términos Sencillos
The Methodist Hospitals, Inc.

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

The Methodist Hospitals, Inc. ("Methodist") se dedica a proveer las necesidades de atención médica de sus pacientes. Para ayudar a satisfacer esas necesidades, hemos establecido una "Política de Asistencia Financiera" para brindar alivio a aquellos pacientes que soliciten asistencia para servicios médicamente necesarios y que no puedan cumplir con sus obligaciones financieras. La Política de asistencia financiera aplica a todas las ubicaciones de Methodist, médicos empleados y ayudantes médicos.

Los solicitantes deberán...

- Tener residencia en los Estados Unidos
- Tener seguro de salud limitado o no tener seguro (seguro insuficiente o sin seguro)
- Tener un ingreso familiar igual o inferior al 400% de las Pautas Federales de Pobreza del año en curso, o incurrir en un saldo financieramente catastrófico

Para los pacientes sin seguro, en nuestro hospital ofrecemos servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios sin cargo si sus ingresos son iguales o inferiores al 200% de las pautas federales de pobreza (FPG por sus siglas en inglés). Los pacientes cuyos ingresos se encuentran entre el 201 y el 400% FPG son elegibles para una ayuda financiera de escala variable. Todos los solicitantes serán evaluados en busca de otras fuentes de pago para determinar qué nivel de asistencia financiera se les puede otorgar. Todos los solicitantes deben cumplir con el proceso de solicitud o cumplir con los requisitos de supuesta beneficencia para recibir asistencia financiera. Si no tiene seguro y no es elegible para asistencia financiera, tal vez aún pueda calificar para un descuento bajo nuestra política de pago por cuenta propia. Solicite hablar con un asesor financiero sobre la Política de Pago por Cuenta Propia.

Si tiene seguro, también puede calificar para asistencia financiera en su saldo (patient balance). El saldo (cuando lo permita la aseguradora privada/plan del empleador) para servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios se ajustará por completo si sus ingresos son iguales o inferiores al 200% de las pautas federales de pobreza (FPG). Los pacientes cuyos ingresos se encuentren entre el 201 y el 400% FPG serán elegibles para una ayuda financiera de escala variable. Todos los solicitantes serán evaluados en busca de otras fuentes de ingresos para determinar qué nivel de asistencia financiera se les puede otorgar. Todos los solicitantes deben cumplir con el proceso de solicitud para recibir asistencia financiera.

Si usted tiene un Saldo Catastrófico, que se define como un saldo adeudado a Methodist superior al 25% de su ingreso familiar anual determinado durante un período de 12 meses, puede ser elegible para recibir asistencia financiera. Por favor, pida hablar con un asesor financiero para obtener más información.

De acuerdo con la política de asistencia financiera, no se le facturará más por la atención de una emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, que el monto del porcentaje de pago promedio que nos paga Medicare.

Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento, incluso después de que se le hayan prestado los servicios. Sin embargo, existen limitaciones de tiempo, así como también limitaciones sobre qué servicios/cuentas califican para asistencia financiera; revise la Política de Asistencia Financiera y/o solicite hablar con un asesor financiero. Puede obtener una copia gratuita de la política de asistencia financiera y el formulario de solicitud de asistencia financiera de las siguientes formas: (1) en el sitio web de Methodist Hospital en www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/ o (2) en nuestro campus de Northlake o Southlake, en las áreas de admisión o departamentos de emergencia o (3) llamando a Servicios Financieros al **219-886-4584** o al **219-738-5508** para solicitar que se le envíe una copia gratuita de nuestra política de asistencia financiera y el formulario de solicitud por correo. También tiene la opción de programar una cita con uno de nuestros asesores financieros; ellos están aquí para ayudarlo a completar la solicitud, por favor comuníquese con ellos.

La política de asistencia financiera aplica sólo para Methodist y para los servicios de médicos y auxiliares de médicos facturados bajo el número de identificación fiscal de Methodist. Esta política no aplica para los médicos no empleados (por Methodist) ni para los médicos auxiliares que también tratan pacientes en Methodist. En el Apéndice 3 de la Política de Asistencia Financiera hay una lista de los proveedores que están y los que no están cubiertos bajo esta política.

English versions of this document, the Financial Assistance Policy, and the Financial Assistance Application are also available. Request free copies or visit www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/.