



FIN 006

MHS

**Título: Ayuda financiera (FAP)****Fecha de formulación:**  
01/01/88**Fecha de la última revisión:** 02/17/09**Fecha de la última revisión:** 09/28/16**Fecha de entrada en vigencia:**  
10/01/16**Departamento que genera la política:** Finanzas

Página 1 de 10

**POLÍTICA:**

1. Como parte de su misión, Methodist Health System (MHS), que opera como Methodist Dallas Medical Center (MDMC), Methodist Charlton Medical Center (MCMC), Methodist Mansfield Medical Center (MMMC) y Methodist Richardson Medical Center (MRMC) ofrece servicios de ayuda financiera a los pacientes que carecen de la capacidad de pagar los servicios del hospital.
2. Como parte de su deber administrativo de usar sus recursos de la manera más eficiente posible, administrar sus asuntos comerciales correcta y prudentemente, y preservar su capacidad de continuar brindando servicio en años venideros, y a la vez satisfacer las necesidades actuales, MHS se esfuerza por identificar el valor de la ayuda financiera que brinda a los pacientes, tanto de emergencias como no, que no pueden pagar la atención del hospital debido a que carecen de los recursos financieros necesarios. La presente Política determina el marco conforme al que MHS identifica a los pacientes que es posible que reúnan los requisitos para recibir ayuda financiera, brinda ayuda financiera y justifica la ayuda financiera. La Política también sirve para reunir los requisitos establecidos en las leyes estatales y federales, incluidos, entre otros, el Código de Salud y Seguridad de Texas (Texas Health and Safety Code), Capítulo 311, y el Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code) 501(r).
3. En todos los principales puntos de registro de pacientes, salas de emergencia y en aquellos otros lugares que el hospital considere que sea probable que den aviso de las políticas y el programa de caridad, el hospital publicará un cartel bilingüe que incluirá instrucciones sobre cómo obtener una versión impresa gratuita del resumen en lenguaje sencillo, la FAP y la solicitud de ayuda financiera. Asimismo, la FAP bilingüe, el resumen en lenguaje sencillo y el formulario de solicitud se podrán encontrar en el sitio web del hospital: <http://info.mhd.com/fap>. También se pueden obtener copias impresas en 4040 N Central Expressway, Suite 601, Dallas, TX 75204 o llamando al 214-947-6300, o sin cargo al 866-364-9344, y solicitar que las envíen por correo. Tiene disponible asistencia para comprender y completar la Solicitud de ayuda financiera llamando a los números especificados anteriormente o dirigiéndose al lugar especificado anteriormente. La FAP se divulgará a un extenso sector del público ya que se publicará un resumen en lenguaje sencillo en el medio impreso local más importante del área de servicio correspondiente. Hay disponibles traducciones de esta política a los idiomas especificados en el Anexo A y se pueden obtener en el sitio web especificado anteriormente o en las oficinas especificadas anteriormente.
4. Independientemente de la aptitud de una persona de ser aceptada de conformidad con esta FAP, cada centro hospitalario de MHS brindará atención ante cualquier afección médica de emergencia, sin discriminación. En 1986, el gobierno federal de los EE. UU. emitió el artículo 1867 de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act, 42 U.S.C. 1395dd), también conocida como Ley de Tratamiento Médico en Emergencias y Partos (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA). Esta ley establece que todo hospital que acepte pagos de Medicare debe brindar atención a cualquier paciente que llegue al departamento de emergencias para recibir tratamiento, independientemente de la ciudadanía del paciente, su situación legal en los Estados Unidos o su capacidad de pagar por los servicios. En el Anexo B encontrará más información sobre qué servicios están o no están cubiertos.

5. El centro hospitalario le cobrará a la persona que reúna los requisitos según esta Política sobre ayuda financiera (Financial Assistance Policy, FAP) menos que los “cargos brutos”. El hospital limitará el monto que se cobrará por una emergencia u otra atención necesaria por razones médicas a una persona elegible según la FAP a un monto que no sea superior a los montos generalmente facturados (MGF) a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención.
6. Cada hospital de MHS deberá informar todos los años al Departamento de Salud de Texas y al Servicio de Rentas Internas la cantidad de ayuda financiera y atención médica patrocinada por el gobierno para indigentes que brinde a los pacientes, tal como lo definen las leyes pertinentes.
7. La presente Política no cubre los procedimientos que no se consideran de emergencia ni aquellos que no se consideran necesarios por razones médicas, incluidos, entre otros, aquellos especificados en el Anexo B.

#### DEFINICIONES:

1. Montos generalmente facturados (MGF): son las cantidades que se suelen facturar por atención de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención. Porcentaje de MGF: significa un porcentaje de los cargos brutos que el centro hospitalario utiliza para determinar el MGF por cualquier atención de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas que brinda a una persona elegible según la FAP. Para cada hospital, en el cálculo se incluyen las reclamaciones del año fiscal anterior. Las reclamaciones incluyen el pago por servicio de Medicare y todos los otros aseguradores médicos privados. MHS ha implementado el “Método retroactivo” (“Look Back Method”), según lo definido en el artículo 501(r) del Código del Servicio de Rentas Internas. Los MGF actuales por centro hospitalario son MDMC 32.81 %, MCMC 25.91 % MMMC 30.83 % y MRMC 32.08 %. MHS aplicará una tasa para todo sistema que se aplique a todos los hospitales que adopten la FAP. El MGF se calcula anualmente y el Presidente de Finanzas de MHS determinará la tasa de MGF de todo el sistema, que no puede ser más alta que el MGF hospitalario individual más bajo. La tasa de MGF actual que aplican todos los centros hospitalarios especificados anteriormente es un 25 %. En caso de que el saldo adeudado de la cuenta del paciente sea menor al descuento del MGF calculado según los depósitos o los pagos realizados previamente, MHS reembolsará al paciente la cantidad por encima del monto calculado de MGF. MHS se asegurará de que cualquier prepago o depósito requerido antes de recibir la atención necesaria por razones médicas sea menor al MGF, para cumplir con los requisitos de “puerto seguro” del artículo 1.501(r)-5(d) de las Reglamentaciones Impositivas de Ingresos Federales (Federal Income Tax Regulations).
2. Las acciones de cobro extraordinarias (ACE) se definen en el artículo 501(r) del Código de Rentas Internas como ciertas medidas que toma MHS contra una persona en relación a la obtención del pago de una factura por atención que está cubierta conforme a la FAP de MHS. Methodist Health System enviará declaraciones, cartas y realizará llamados de cobro para obtener el cobro de cualquier saldo adeudado. Methodist Health System no realiza ninguna ACE.
3. Solicitud de FAP: significa la información y la documentación que la acompaña que MHS exige que presente una persona cuando solicita ayuda financiera de conformidad con la FAP de MHS. Una solicitud de FAP se considera completa si contiene información y documentación suficiente para que MHS determine si el solicitante es elegible según FAP y se considera incompleta si no contiene dicha información y documentación. Encontrará copias gratuitas en el sitio web de MSH: <http://info.mhd.com/fap>. También se pueden obtener copias impresas gratuitas en 4040 North Central Expressway, Suite 601, Dallas, TX 75204, o llamando al 214-947-6300 o sin cargo al 866-364-9344 y solicitar que las envíen por correo. Tiene disponible asistencia para completar la Solicitud de ayuda financiera llamando a los números especificados anteriormente o dirigiéndose al lugar especificado anteriormente.

4. Persona elegible según la FAP: significa aquella persona que reúne los requisitos para recibir ayuda financiera de conformidad con la FAP de MHS.
5. Cargos brutos, o tarifa según la nómina de cargos: son los precios totales establecidos que cobra MHS por la atención médica de manera coherente y uniforme a todos los pacientes antes de aplicar cualquier rebaja, descuento o deducción.
6. Resumen en lenguaje sencillo: es la declaración escrita que notifica a una persona que MHS ofrece ayuda financiera de acuerdo con una FAP y que brinda la siguiente información adicional en un lenguaje que es claro, conciso y fácil de entender:
  - A. una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la ayuda que se ofrece conforme a la FAP;
  - B. la dirección directa del sitio web (o URL) y la ubicación física donde la persona puede obtener copias de la FAP y el formulario de solicitud de la FAP;
  - C. instrucciones sobre cómo la persona puede obtener una copia gratis de la FAP y el formulario de solicitud de la FAP por correo;
  - D. la información de contacto, incluido el (los) número(s) de teléfono y la ubicación física del personal del centro hospitalario que puede proporcionar información sobre la FAP y el proceso de solicitud según la FAP, así como las organizaciones sin fines de lucro y las agencias del gobierno, de haberlas, que el centro hospitalario ha identificado como fuentes de ayuda con las solicitudes de la FAP;
  - E. una declaración de que se pueden obtener traducciones de la FAP, el formulario de solicitud de la FAP y el resumen en lenguaje sencillo en otros idiomas, si corresponde; y
  - F. una declaración de que a ninguna persona elegible según la FAP se le cobrará más por atención médica de emergencia u otra atención necesaria por razones médicas que la de los montos generalmente facturados (MGF).

PAUTAS:

1. MHS tendrá en cuenta el nivel de ingresos, el tamaño de la familia y la cantidad de cobros hospitalarios descritos en el Anexo C para determinar la elegibilidad para los niveles de ayuda financiera descritos en ese anexo. En ciertos casos extraordinarios en los que estos factores puedan no reflejar con exactitud la capacidad de pago del paciente, MSH podrá tener en cuenta el estado de ingresos y la capacidad del paciente y la familia, y la frecuencia de sus facturas hospitalarias y médicas.
2. Los pacientes elegibles para que se los considere para recibir ayuda financiera incluirán tanto solicitantes indigentes por motivos financieros como indigentes por motivos médicos que no cuentan con recursos adecuados para pagar los servicios que recibieron.
  - A. Los pacientes indigentes por motivos financieros incluyen aquellos pacientes que no tienen seguro o cuyo seguro es insuficiente, aquellos cuyo ingreso anual es igual o inferior al estipulado en las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines), tal como se publican cada mes de febrero en el Registro Federal, y que no tienen la capacidad de pagar su atención médica.
  - B. Los pacientes indigentes por motivos médicos incluyen aquellos que son capaces de pagar sus gastos de subsistencia, pero cuyas facturas médicas y hospitalarias, tras el pago por parte de terceros responsables del pago, son tales que requerirían que use o liquide ingresos y/o bienes cruciales para vivir o ganarse la vida.

Al tener la información anterior en cuenta, se usan las Pautas de ayuda financiera adjuntas, Anexo C, para determinar qué monto, si lo hubiera, del saldo adeudado de la cuenta del paciente se

descontará después del pago realizado por terceros.

Las personas pueden solicitar ayuda financiera completando y entregando una Solicitud de ayuda financiera. Las solicitudes están disponibles en todos los centros principales de registro de pacientes y salas de emergencia, o en el sitio web del hospital: <http://info.mhd.com/fap>. También se pueden obtener copias impresas en 4040 N Central Expressway, Suite 601, Dallas, TX 75204 o llamando al 214-947-6300, o sin cargo al 866-364-9344, y solicitar que las envíen por correo. Se aceptarán las solicitudes hasta 240 días después de que el centro hospitalario envíe por correo postal o correo electrónico los datos de la persona con la primera declaración de factura posterior al alta hospitalaria por la atención.

3. MHS puede concluir, sin una evaluación completada de elegibilidad, que puede corresponder una clasificación favorable para reunir los requisitos de la caridad según la información que obtenga del paciente y/o de partes relacionadas que demuestren a MHS que el paciente reúne los requisitos para la ayuda financiera conforme a la presente Política. A modo de ejemplo, MHS ha determinado que en base a su experiencia a lo largo de los años, ciertas cuentas de pago propio que se originan en el Departamento de Emergencias (Emergency Department, ED) deben clasificarse como caridad. MHS determinó que esta clasificación se justificaba porque (i) el ED de MHS trata a todos los pacientes independientemente de su capacidad de pagar, (ii) una gran cantidad de indigentes reside cerca de los hospitales y usa el ED para emergencias y atención primaria, y (iii) MHS no puede obtener información detallada sobre el estado financiero de la gran mayoría de estos pacientes.

El centro hospitalario exhibirá en un lugar visible instrucciones sobre cómo obtener versiones completas y actualizadas de los documentos de la FAP en inglés y en el idioma principal de toda población cuyo conocimiento del inglés sea limitado. El sitio web de MHS <http://info.mhd.com/fap> brindará instrucciones claras para acceder a los documentos de la FAP en dicho sitio web sin necesitar ningún equipo ni programa de computación especial que no esté a disposición del público y sin tener que pagar ningún cargo. MHS informará y notificará a los miembros de la comunidad donde los hospitales de MHS brindan sus servicios sobre la FAP en su sitio web y publicando el resumen de la FAP en el periódico Dallas Morning News y en la publicación impresa de noticias correspondiente de publicaciones de dominio limitado del inglés (Limited English Proficiency, LEP) que reúnan los requisitos.

El período de notificación de ayuda financiera comienza en el momento de la inscripción, y se extiende durante 120 días desde el momento en que el primer estado de cuenta de facturación se envía por correo postal o electrónico. La identificación puede ocurrir en cualquier momento en que se cuente con suficiente información como para tomar la decisión, incluso una vez pasado el ciclo de cobro normal. MHS distribuirá un resumen en lenguaje sencillo de la FAP y ofrecerá un formulario de solicitud de FAP a la persona antes del alta hospitalaria. MHS también incluirá el resumen de la FAP en lenguaje sencillo con los primeros tres estados de cuenta de facturación por la atención y con todas las demás comunicaciones escritas concernientes a la factura que se le hayan proporcionado a la persona durante el período de notificación. Además, MHS informará a la persona sobre la FAP en todas las comunicaciones verbales con respecto al monto adeudado por la atención que tengan lugar durante el período de notificación. Finalmente, MHS enviará a la persona al menos una notificación por escrito que le informe sobre la acción de cobro extraordinaria (ACE) que MHS podría tomar si la persona no envía una solicitud de FAP ni paga el monto adeudado para una fecha que no sea anterior al último día del período de notificación. MHS proporcionará esta notificación por escrito al menos 30 días antes de la fecha límite especificada en la notificación.

4. El que una persona no proporcione la información necesaria para realizar una evaluación financiera podría derivar en que se tome una decisión negativa. MHS hará lo posible por obtener la información faltante, lo que incluirá pedidos por escrito de la información que se necesite. MHS aceptará y procesará las solicitudes de FAP enviadas por una persona durante el "período de solicitud" que finaliza 240 días después de que el centro hospitalario envíe por correo postal o electrónico a la persona el primer estado de cuenta de facturación por la atención. Si una persona

envía una solicitud de FAP incompleta durante el período de solicitud, MHS hará esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible según la FAP.

Primero, si corresponde, el centro hospitalario deberá suspender toda ACE contra la persona (lo que significa que no inicia ninguna ACE nueva ni toma acciones ulteriores con respecto a una ACE iniciada antes). Segundo, MHS proporcionará a la persona una notificación por escrito que describe la información adicional y/o la documentación que se necesita y que la persona debe presentar para completar su solicitud de FAP, e incluirá un resumen de la FAP en lenguaje sencillo con dicha notificación por escrito. Tercero, el centro hospitalario proporcionará a la persona al menos una notificación por escrito que le informe sobre las ACE que el centro hospitalario o un tercero autorizado pueda iniciar o reanudar si la persona no completa la solicitud ni paga el monto adeudado para la fecha de conclusión (especificada en la notificación) que no será antes de pasados 30 días de la fecha de la notificación por escrito o el último día del período de solicitud. El centro hospitalario proporcionará esta notificación por escrito con respecto a las ACE al menos 30 días antes del plazo de conclusión. Actualmente MHS no realiza ninguna ACE.

5. La clasificación de una cuenta como ayuda financiera suspenderá los esfuerzos de cobrar la cuenta del paciente. La actividad rutinaria podrá continuar para asegurar que MHS pueda identificar un cambio de circunstancias en el futuro y asegurarse de la continuidad con respecto a visitas subsiguientes. Continuarán los esfuerzos de cobrar a terceros, y todo cobro logrado será una recuperación de beneficencia. La clasificación de una cuenta como ayuda financiera no deberá ocurrir hasta que:
  - A. se determine que, de conformidad con el punto 3 precedente, el paciente y su garante definitivamente no poseen los recursos financieros para pagar la cuenta (o porciones de la cuenta); o, de conformidad con el punto 6 a continuación, el tratamiento como ayuda financiera se garantice bajo las circunstancias según lo determine MHS.
  - B. Podría resultar apropiado en algunos casos notificar al paciente o garante que la cuenta está clasificada como ayuda financiera, si ello mejoraría el entendimiento público de la ayuda benéfica del hospital o si ayudase a cobrar una porción de la cuenta. Si se notifica a un paciente o garante que la cuenta se clasificará como ayuda financiera, dicha notificación provendrá de un miembro de la gerencia del hospital, según lo designe el vicepresidente.
6. El Director de Cuentas de Pacientes de MHS será responsable de determinar que se han realizado los esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para la FAP. Además, el Director de Cuentas de Pacientes de MHS será responsable de recomendar una clasificación de ayuda financiera. El Vicepresidente Sénior de MHS o Vicepresidente de Cobros Corporativos, quienes están autorizados por el Vicepresidente Ejecutivo/Presidente de Finanzas, deben aprobar la clasificación.
7. Ninguna persona quedará excluida de ser considerada para recibir ayuda financiera sobre la base de su raza, credo, color, religión, sexo, origen nacional, discapacidad, edad, orientación sexual, expresión de género o estado civil.
8. La Junta de Fideicomisarios de MHS ha autorizado al Vicepresidente Ejecutivo (Chief Executive Officer, CEO) de MHS y al Presidente Financiero (Chief Financial Officer, CFO) a actuar en su representación en la medida que se relacione con la creación y administración de la presente Política.

APROBADO POR: aprobación electrónica según lo indicado por \_\_\_\_\_ CFO

APROBADO POR: aprobación electrónica según lo indicado por \_\_\_\_\_ CEO

La oficina responsable de esta política es el Departamento de Finanzas Corporativas (Corporate Finance Department). Las preguntas sobre este memorando y las sugerencias para mejorar deben dirigirse al Vicepresidente Ejecutivo/Presidente de Finanzas de MHS llamando al 214-947-4510.

POLÍTICA SOBRE AYUDA FINANCIERA  
ANEXO A

Encontrará traducciones de la presente política a los siguientes idiomas.

1. Inglés
2. Español
3. Vietnamita
4. Mandarín
5. Coreano
6. Árabe

POLÍTICA SOBRE AYUDA FINANCIERA  
ANEXO B

Conforme a la Política de Evaluación del Parto y Tratamiento Médico de Emergencia de MHS (PC 033), “toda persona (incluidos niños menores y/o bebés) que se presente ante cualquier centro de MHS para solicitar asistencia para una posible afección médica de emergencia (Emergency Medical Condition, EMC) recibirá un examen de detección médica que le realizará un proveedor médico capacitado para determinar si existe tal afección”. “Las personas que se determine que tienen una EMC o que estén en trabajo de parto recibirán tratamiento y se estabilizará su afección \*\*\*\* independientemente de su capacidad de pagar los servicios”. Además, determina que el hospital no podrá demorar el tratamiento de la EMC ni el tratamiento estabilizador necesario para averiguar sobre el método de pago o estado de seguro de una persona. El personal de internación y registro está obligado a respetar las siguientes pautas:

1. no interferir con la rapidez de la detección médica;
2. no llamar a una organización de atención administrada para pedir permiso para hacer una detección médica;
3. no decirle explícita ni implícitamente al paciente algo que podría desalentarlo de solicitar que le realicen una detección médica;
4. evitar acciones que desalienten la solicitud de atención de emergencia;
5. no realizar actividades de cobro de deudas en la sala de emergencias.

SERVICIOS QUE LA PRESENTE POLÍTICA NO CUBRE

Los siguientes servicios en general no se consideran atención necesaria por razones médicas ni de emergencia conforme a la presente Política.

1. Cirugía solamente estética
2. Cirugía de bypass gástrico
3. Cirugía Lap Band

Toda la atención de emergencia o necesaria por razones médicas estaría cubierta conforme a la presente Política.



POLÍTICA SOBRE AYUDA FINANCIERA  
 ANEXO C

En base a las Pautas Federales de Pobreza (Federal Poverty Guidelines) emitidas el 01/25/2016  
<http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>

Clasificación de indigente desde el punto de vista financiero

Cantidad de personas en la familia	100 %
------------------------------------	-------

1	\$11,880
2	\$16,020
3	\$20,160
4	\$24,300
5	\$28,440
6	\$32,580
7	\$36,730
8	\$40,890
Descuento	100 % del saldo adeudado

En el caso de las familias de más de 8 personas, agregar \$5,200 por cada persona.

Clasificación de indigente desde el punto de vista médico

Cantidad de personas en la familia	500 %
------------------------------------	-------

1	\$59,400
2	\$80,100
3	\$100,800
4	\$121,500
5	\$142,200
6	\$162,900
7	\$183,650
8	\$204,450
Descuento	95 % del saldo adeudado

El saldo adeudado debe ser mayor al 5 % del ingreso anual de los pacientes para ser elegibles.

Los pagos de los pacientes no excederán los montos generalmente facturados (MGF).

La ayuda financiera no se aplica a las facturas de los médicos, laboratorios externos y otros proveedores.

POLÍTICA SOBRE AYUDA FINANCIERA  
ANEXO D

Proveedores no cubiertos por la Política sobre ayuda financiera de MHS

Ciertos servicios profesionales y de médicos a menudo se realizan junto con servicios hospitalarios según lo ordenado por diversos médicos que brindan tratamiento. Es posible que a un paciente se le facture por separado los servicios proporcionados por su médico tratante, su médico de la sala emergencias, radiólogos, hospitalarios, patólogos, cardiólogos, neonatólogos, anestesistas y/u otros proveedores no hospitalarios. La Política sobre ayuda financiera de MHS se aplica solo a los servicios proporcionados por las entidades hospitalarias especificadas en la presente Política y que hayan implementado la presente Política.

Los proveedores no cubiertos incluyen las siguientes categorías:

- Cargos de ambulancia
- Centros quirúrgicos ambulatorios
- Anestesistas
- El médico que le brinda atención
- Cardiólogo
- Centros de diálisis
- Equipos médicos durables
- Médicos de sala de emergencias
- Asistencia domiciliaria
- Hospitalistas
- Neonatólogos
- Otros proveedores profesionales
- Laboratorios externos
- Patólogos
- Médicos
- Radiólogos