



Origen	06/2016
Última aprobación	05/2025
Eficaz	05/2025
Última revisión	05/2025
Siguiente revisión	05/2028

Dueño	Pedro Melcher: DIRECTOR- CICLO DE INGRESOS
Área	Acceso del paciente
Documento	Política
Tipos	

Política de asistencia financiera

Palabras clave : Caridad, Atención médica con descuento , Elegibilidad presunta , Sin seguro , Subasegurado

Se aplica a: Pacientes hospitalizados: Pacientes ambulatorios: Proveedor: Todos: X Video: .

I. POLÍTICA:

The Methodist Hospitals, Inc. ("Methodist") se dedica a atender las necesidades de atención médica de sus pacientes. Para contribuir a satisfacer estas necesidades, hemos establecido una Política de Asistencia Financiera (" PAF ") que ofrece ayuda financiera a los pacientes que cumplen los siguientes requisitos:

- Solicitar asistencia para los servicios definidos como Servicios Elegibles ,
- No pueden cumplir con sus obligaciones financieras ,
- Residir en el país, y
- Cumplir con los requisitos de esta política

Methodist se compromete a brindar servicios de atención médica de emergencia y médicamente necesarios a los pacientes, independientemente de su situación financiera o capacidad de pago , como se define con más detalle en este documento. Esta política de asistencia financiera cumple con las leyes federales y estatales aplicables en nuestra área de servicio .

Los pacientes que califiquen para recibir asistencia bajo esta política recibirán un descuento por la atención recibida en las instalaciones de Methodist y los proveedores empleados por Methodist .

La asistencia financiera proporcionada bajo esta política se otorga con la expectativa de que los pacientes cooperen con los procedimientos de solicitud de la política y con los de los programas de beneficios o cobertura pública que puedan estar disponibles para cubrir el costo de la atención. Methodist no discriminará por edad , sexo , raza , credo , color , discapacidad , orientación sexual u origen nacional al tomar decisiones sobre asistencia financiera . Este programa se basa en la provisión y presentación veraz y precisa de información financiera por parte del paciente y/o sus responsables . Los pacientes y/o sus responsables que tergiversen intencionalmente la información financiera de su hogar serán descalificados para ser considerados en relación con este programa.

La determinación de tergiversación intencional es un derecho exclusivo del Metodista .

El medida de este programa es predicho en el financiero capacidad de Método a proporcionar gratis y descubrí servicios a pacientes que encontrarse el definición de un India Residente y a todo pacientes que tener un Emergencia Médico Condición , basado en sonido negocio prácticas y sostenido administración fiduciaria encima el Limitado de hospitales financiero recursos . A No residente OMS busca tratamiento para servicios otro que a servicio para un Emergencia Médico Condición es no elegible para Financiero Asistencia .

ELEGIBILIDAD CRITERIOS

Financiero asistencia puede ser extendido a a paciente OMS es un India Residente o cualquier paciente OMS tiene un Emergencia Médico Condición cuando el paciente es sin seguro o bajo asegurado , y OMS se reúne especificado criterios , como definido abajo . El criterios voluntad Asegurarse eso el financiero asistencia política es consistentemente una aplicación al otro lado de Método . Método r e s e r v a s el bien a revisar , modificar o cambiar el política como necesario o adecuado .

- Pago recursos (seguro disponible a través de empleo , Médico Asistencia , Víctimas de Violento Crímenes , Trabajadores C o m p e n s a c i ó n , Hogar Seguros , Auto Seguros , responsabilidad del tercero asegurado , etc .) debe ser revisado y evaluado antes un cuenta es consideró para financiero asistencia a Asegurarse eso Método recursos son con prudencia administrado en proporcionando financiero asistencia . Si a paciente aparecen a ser elegible para otro asistencia , Método voluntad referirse el paciente a el adecuado agencia para asistencia con completando el necesario aplicaciones y formas .
- Los solicitantes son requerido a escape todo otro pago opciones como a condición de su aprobación para financiero asistencia .
 - Los solicitantes ser responsable para aplicando a público programas y persiguiendo privado salud cobertura de seguro . Pacientes , o paciente garantes , elegir no a cooperar en aplicando para programas identificado por Método como posible fuentes de pago para cuidado , puede ser denegado financiero asistencia .
 - Pacientes , o paciente garantes , identificados como probable a calificar para Medicaid , debe aplicar para Cobertura de Medicaid o producir a Medicaid negación eso era recibió dentro el anterior seis (6) meses de aplicando para Método financiero asistencia . Pacientes , o garantías del paciente , debe cooperar con el solicitud proceso delineado en este política a obtener financiero asistencia .
 - Pacientes o paciente garantes que tener COBRA disponible debe pagar primas .
- Los solicitantes son esperado a contribuir a el costo de su cuidado basado en su capacidad a pagar , como delineado en Esta política .

El criterios usado cuando evaluar a paciente elegibilidad para financiero asistencia puede incluir :

- Familia ingreso ,
- Activos , y
- Médico obligaciones .

Métodos financiero asistencia programa es disponible a todo OMS encontrarse el elegibilidad requisitos colocar cuarto en este política . Financiero asistencia voluntad ser extendido a pacientes , o a paciente garante , basado en financiero necesidad y en cumplimiento con federal y estado leyes . Financiero asistencia voluntad ser o f e r i d o a elegible bajo asegurado pacientes , proporcionando semejante asistencia es en acuerdo con aseguradora contrato acuerdo . Financiero asistencia es no disponible para paciente equilibrios después seguro eso son o w e d pendiente a a paciente falla a razonablemente cumplir con seguro requisitos semejante como obtener adecuado referencias o autorizaciones .

Generalmente, los saldos fuera de la red pueden revisarse caso por caso . Los pacientes con cuentas de salud personales con ventajas fiscales, como una Cuenta de Ahorros para la Salud , un Acuerdo de Reembolso de Salud o una Cuenta de Gastos Flexibles , deberán utilizar los fondos de la cuenta antes de recibir asistencia financiera. Methodist se reserva el derecho de revertir los descuentos descritos en este documento si determina razonablemente que dichos términos infringen alguna obligación legal o contractual de Methodist . Un paciente solo puede recibir asistencia financiera mediante la Política de Asistencia Financiera , la Política de Autopago o la Política de Descuento , pero solo una de estas políticas se aplicará a la cuenta de cada paciente . Si un paciente participa en el programa Medicaid de un estado en particular , del cual Methodist no es proveedor participante , Methodist puede optar por ignorar la cobertura del paciente al considerar su elegibilidad para la asistencia financiera . Algunos factores a considerar son : el número de reclamaciones recibidas de un estado en un año determinado ; los requisitos de un estado para inscribir también a médicos; el plazo de autorización , etc.

PAGO POR PARTE DEL PACIENTE:

Se espera el pago total de los saldos adeudados dentro de los 30 días posteriores al estado de cuenta inicial del paciente . Si al paciente o al garante no le resulta posible pagar la totalidad dentro de este plazo , se podrá extender un Acuerdo de Pago por el saldo restante después de que se hayan otorgado descuentos a los solicitantes elegibles para la asistencia financiera . La duración del Acuerdo de Pago se basará en las facturas médicas pendientes del solicitante , los ingresos familiares y cualquier circunstancia atenuante .

Los pacientes son responsables de comunicarse con Methodist en cualquier momento en que no se pueda 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 cobranza o en acciones legales . Si un paciente tiene un Acuerdo de Pago y luego califica para recibir asistencia financiera o asistencia financiera adicional , el Acuerdo de Pago se ajustará según corresponda. En caso de que un paciente no pague o no pague el monto total que adeuda , Methodist podrá reclamar el pago al paciente o derivarlo a un tercero para que lo haga (consulte la Política de Facturación y Cobro) .

ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA

Methodist entiende que no todos los pacientes pueden completar una solicitud de asistencia financiera ni cumplir con la documentación requerida , incluyendo aquellos que no responden al proceso de solicitud de Methodist . En estas circunstancias, Methodist puede determinar si los pacientes califican para recibir asistencia financiera sin necesidad de presentar una solicitud completa o sin ella . Methodist puede utilizar otra información o fuentes para determinar si la cuenta de un paciente califica para recibir asistencia financiera ; este es el proceso de Elegibilidad Presuntiva .

La elegibilidad presunta para recibir asistencia financiera puede determinarse mediante la revisión electrónica de la información del paciente por parte de un tercero para evaluar su necesidad financiera . Esta revisión utiliza un modelo reconocido por la industria de la salud, basado en bases de datos de registros públicos . Este modelo predictivo incorpora datos de registros públicos para calcular una puntuación de capacidad socioeconómica y financiera que incluye estimaciones de ingresos, activos y liquidez. La tecnología electrónica está diseñada para evaluar a cada paciente con los mismos estándares y se compara con las aprobaciones históricas de asistencia financiera de Methodist según el proceso de solicitud tradicional. Esta tecnología electrónica , cuando se utilice, se implementará antes de la asignación de deudas incobrables , una vez agotadas todas las demás fuentes de elegibilidad y pago . Esto permite a Methodist evaluar a los pacientes sin seguro para la asistencia financiera antes de iniciar cualquier acción de cobro extraordinaria . Los datos obtenidos de esta revisión electrónica de elegibilidad constituirán documentación suficiente de la necesidad financiera según esta política.

Además, la elegibilidad presunta para recibir asistencia financiera puede determinarse en función de las circunstancias de la vida .

Los siguientes son ejemplos de circunstancias de vida en las que se puede conceder elegibilidad presunta a los pacientes:

- El paciente o el fiador se ha declarado en quiebra. En casos de quiebra, solo la cuenta...
El saldo a la fecha en que se declare la quiebra y 12 meses después se cancelará .
- El paciente o el garante han fallecido y no hay patrimonio en sucesión.
- Paciente o garante determinado que se encuentra sin hogar.
- Paciente o garante determinado por Metodista como un extranjero ilegal , sin evidencia de ingresos o activos según lo determinado por comunicación con el paciente o garante, informes de crédito o cualquier otro medio apropiado .
- Cuentas devueltas por la agencia de cobranza como incobrables debido a cualquiera de las razones anteriores .
- El paciente o garante que califique para los programas estatales de Medicaid será elegible para recibir asistencia para cualquier obligación de compartir costos asociada con el programa o servicios no cubiertos , a menos que lo prohíba la ley estatal .

CARIDAD PLENA

Cuando la inscripción electrónica se utiliza como base para la presunta elegibilidad, los servicios financieros para pacientes realizarán una evaluación presuntiva de atención caritativa . Se evaluará a los pacientes para determinar si se les aplicará un ajuste del 100 % de la Asistencia Financiera y , si corresponde, se aplicará retrospectivamente para los saldos elegibles pendientes de pago , incluidos los saldos con deudas incobrables , con la excepción de los saldos en proceso legal o judicial .

Las cuentas de pacientes a las que se les haya otorgado el 100% de asistencia financiera bajo elegibilidad presunta se reclasificarán según la política de asistencia financiera. No se enviarán a cobranza , no estarán sujetas a otras acciones de cobranza , no se les notificará por escrito su elegibilidad electrónica y no se incluirán en el gasto por deudas incobrables del hospital .

CARIDAD PARCIAL

Los pacientes que no puedan calificar para recibir asistencia financiera completa bajo el proceso de Elegibilidad Presuntiva , aún podrán ser considerados para recibir mayor asistencia financiera bajo el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera . Methodist enviará una notificación por escrito informando a los pacientes sobre la posibilidad de obtener mayor asistencia financiera . Esta notificación incluirá un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera y las medidas que se pueden tomar si no se presenta la solicitud o no se paga el saldo pendiente . Los siguientes pacientes evaluados bajo el proceso de Elegibilidad Presuntiva recibirán una notificación por escrito : (a) pacientes que calificaron para asistencia financiera parcial ; (b) pacientes a quienes se les denegó la asistencia financiera ; y (c) pacientes para quienes no se contó con suficiente información para determinar su aprobación o denegación.

OTRAS POLÍTICAS DISPONIBLES PARA EL PACIENTE

Si un paciente no califica para recibir asistencia financiera bajo esta política , puede calificar para recibir asistencia financiera a través de otras políticas, incluidas las siguientes:

- Política de descuento para personas sin seguro o que pagan por cuenta propia
- Política de descuento de servicios .

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 ...

la asistencia financiera por parte del fideicomisario, el condado, el estado y/o la asistencia federal , con la prueba apropiada de ello , no necesitará proporcionar al hospital otra información sobre ingresos , y los municipios que califican a los pacientes para asistencia de ingresos y asistencia de atención médica son reconocidos como agencias calificadas y no será necesaria ninguna información adicional sobre ingresos con la prueba apropiada de ello.

Todos los pacientes que soliciten asistencia financiera deben incluir documentación de ingresos y bienes , siempre que dicha información esté disponible y accesible para ellos . Durante el proceso de selección , la firma del paciente confirmará su solicitud de asistencia financiera . Se requiere evidencia fehaciente que justifique la necesidad de asistencia financiera . Los ingresos se determinarán antes de impuestos . Para determinar la elegibilidad, se requiere la siguiente documentación de ingresos de los pacientes o sus garantes:

- Copia de la declaración de impuestos federales con todos los anexos, del año fiscal más reciente
- Comprobante de ingresos actual (copia de los recibos de sueldo más recientes u otra documentación)
- Comprobante de otros ingresos (incluye ganancias, compensación por desempleo , compensación laboral , Seguro Social , Ingreso de Seguridad Suplementario , asistencia pública , pagos a veteranos , beneficios de sobrevivientes , ingresos de pensión o jubilación , intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de patrimonio, fideicomisos, estipendios educativos , pensión alimenticia, manutención regular de familiares que no viven en el hogar, pagos de seguros y anualidades , etc.)
- Extractos bancarios actuales
- Otros documentos que puedan requerirse para acreditar ingresos y activos

Los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda) y las pérdidas de capital están excluidos .
Cálculo de ingresos y activos .

ATENCIÓN CATASTRÓFICA

Si un paciente no cumple los requisitos para recibir asistencia financiera según otras opciones de esta política, podría optar a la Asistencia para Cuidados Catastróficos . Conforme a la Asistencia para Cuidados Catastróficos , se podrá valorar un comprobante de bienes adicionales y añadirlo a los ingresos totales del hogar o unidad familiar para determinar el monto de la asistencia financiera . El paciente o su garante deberá proporcionar la siguiente documentación y otra información solicitada sobre los bienes para determinar la elegibilidad :

- Cuentas corrientes
- Cuentas de ahorro
- Cuentas del mercado monetario
- Certificados de depósito
- Anualidades
- Cuentas de inversión no destinadas a la jubilación
- Cuentas de jubilación , incluidas pensiones
- Bienes raíces
- Acuerdos o posibles acuerdos
- Otros activos

PRESENTACIÓN Y REVISIÓN DE SOLICITUDES DE ASISTENCIA FINANCIERA

Las solicitudes de asistencia financiera se pueden presentar hasta 240 días después de la fecha del primer informe posterior a la

declaración de alta .

Si una solicitud está incompleta o se ha solicitado información adicional , permanecerá activa durante 30 días a partir de la fecha de envío de la carta solicitando dicha información . Si el solicitante no responde dentro del plazo de 30 días , la solicitud será denegada .

Durante la revisión de la Solicitud de Asistencia Financiera (FAA) debidamente completada , se suspenderán todos los procedimientos de cobro . La FAA se documentará en el expediente del paciente o se escaneará , y se registrará la cuenta . El proceso de facturación normal continuará mientras se revisa y considera la FAA , Si el representante correspondiente de Methodist aprueba una FAA completa y conforme , esto se registrará en el expediente del paciente y el saldo de la cuenta se ajustará según corresponda utilizando el código correspondiente .

Las solicitudes de ayuda financiera deben presentarse en una de las siguientes oficinas:

Los Hospitales Metodistas , Inc.

Atención: Servicios financieros

600 Grant Street

Gary, Indiana 46402

Fax: 219-886-6930

Los Hospitales Metodistas , Inc.

Atención: Servicios financieros

8701 Broadway

Merrillville, Indiana 46410

Fax: 219-738-6606

Si se niega la asistencia financiera , el paciente o su garante puede volver a solicitarla en cualquier momento si se produce un cambio de ingresos o estado .

IMPORTES FACTURADOS A PACIENTES ELEGIBLES PARA ASISTENCIA FINANCIERA

Para un paciente sin seguro, con seguro insuficiente, que paga por sí mismo o un paciente que cumple con los requisitos de Asistencia para Atención Catastrófica y que califica para recibir asistencia financiera bajo esta póliza , el monto facturado al paciente o garante no excederá el Porcentaje del Monto Generalmente Facturado (" Porcentaje de AGB") multiplicado por los cargos totales facturados .

Por lo tanto, cualquier saldo de paciente determinado por Caridad Parcial o un Saldo Catastrófico , se ajustará para cumplir con el límite superior establecido por AGB.

El método de revisión retrospectiva se basará en los montos permitidos por el programa de pago por servicios de Medicare . Las reclamaciones que se presenten En el cálculo del AGB se incluirán las reclamaciones liquidadas durante el año calendario anterior que fueron adjudicadas por el sistema de Pago por Servicio de Medicare al momento de completarse dicho cálculo . Los montos de coaseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador , junto con el pago del sistema de Pago por Servicio de Medicare . Los cargos brutos de dichas reclamaciones se incluirán en el denominador . El AGB se calculará anualmente a los 70 días del cierre del año calendario anterior y se implementará a los 120 días del cierre del mismo .

No se espera que los pacientes que se determine que son elegibles para recibir asistencia financiera paguen los cargos brutos por los servicios elegibles .

servicios mientras estén cubiertos por la política de asistencia financiera de Metodista .

DETERMINACIONES DE ELEGIBILIDAD , APELACIONES Y RESOLUCIÓN DE DISPUTAS

Los pacientes deben ser notificados por escrito de la decisión sobre su FAA dentro de los treinta (30) días posteriores a la presentación de la solicitud completa . Si se determina que el solicitante es elegible para recibir asistencia financiera , se le reembolsarán los pagos que excedan el monto adeudado por el paciente o su garante en las cuentas impagas para las que se le haya otorgado asistencia según 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 extiende para copagos ni saldos después del seguro cuando un paciente no obtiene las referencias o autorizaciones adecuadas , o si dicha asistencia no se ajusta al acuerdo contractual de la aseguradora ; por lo tanto, los pagos recibidos no se reembolsarán . Los pacientes pueden apelar esta decisión por escrito dentro de los 30 días posteriores a la notificación a:

Los Hospitales Metodistas , Inc.

Atención: Servicios financieros

600 Grant Street

Gary, Indiana 46402

Fax: 219-886-6930

Las apelaciones deben presentarse dentro de los 30 días siguientes a la fecha de la decisión original . El Comité de Asistencia Financiera revisará la apelación para su posterior consideración. Decisiones del Comité de Asistencia Financiera . será definitivo .

PERÍODO DE CALIFICACIÓN

Si se determina 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 retroactivamente a todos los saldos impagos de las cuentas elegibles , incluidas las cuentas con deudas incobrables , con la excepción de las 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 centros de registro y admisión de hospitales y clínicas , en el servicio de urgencias del hospital y en los estados de cuenta de los pacientes . Esta información también puede obtenerse de los asesores financieros de toda la organización.

La Política de Asistencia Financiera Metodista , la solicitud, el Resumen en lenguaje sencillo , la Política de facturación y cobros y la Política de autopago estarán disponibles en el sitio web del sistema en www.methodisthospitals.org/billing_info/obteniendo-asistencia-financiera/. Esta información también está disponible de 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 y estarán disponibles en cualquier idioma que sea el idioma principal hablado por menos de 1000 personas o menos.

5% de los residentes en el área de servicio .

REQUISITOS REGLAMENTARIOS

Methodist cumplirá con todas las leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales , así como con los requisitos de información que puedan aplicarse a las actividades realizadas conforme a esta política. Esta política exige que Methodist haga un seguimiento de la asistencia financiera proporcionada para garantizar la precisión de los informes. La información sobre la asistencia financiera proporcionada conforme a esta política se reportará anualmente en el Formulario 990, Anexo H, del IRS .

SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

De acuerdo con las regulaciones de la LEY FEDERAL DE TRATAMIENTO MÉDICO DE EMERGENCIA Y PARTO (EMTALA) , ningún paciente debe ser evaluado para asistencia financiera ; información de pago ; o cobro de deudas antes de la prestación de servicios para una Condición Médica de Emergencia . Methodist no discriminará por motivos de edad, sexo, raza, credo, color, discapacidad , orientación sexual , origen nacional , estado migratorio o elegibilidad de FAP en la prestación de servicios para una Condición Médica de Emergencia . Methodist puede solicitar a un paciente que realice un pago; o pague deudas pendientes ; o pague obligaciones de costos compartidos (es decir , copagos, coaseguro y deducibles) después de que se prestaron los servicios para una Condición Médica de Emergencia . No se permitirá ninguna solicitud de pago o actividades de cobro de deudas que puedan causar un retraso en la atención necesaria para una Condición Médica de Emergencia identificada que ocurra en cualquier lugar o en cualquier momento en Methodist.

MANTENIMIENTO DE REGISTROS

Metodista documentará toda 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. se compromete a servir a las personas desfavorecidas de nuestra comunidad en la medida de lo posible gracias a nuestros limitados recursos financieros . Para garantizar una gestión prudente de estos recursos, Methodist revisará estos programas periódicamente e implementará ajustes según nuestros limitados recursos financieros para garantizar nuestra permanencia y compromiso con los servicios futuros a quienes los necesitan .

ACTUALIZACIONES NO SUSTANTIVAS

El Director Financiero puede realizar actualizaciones no sustanciales a esta política (por ejemplo, para reflejar las actualizaciones anuales requeridas a las Pautas Federales de Pobreza y actualizaciones al Porcentaje de Monto Generalmente Facturado ("Porcentaje AGB "); modificar la Solicitud de Asistencia Financiera según sea necesario para asegurar un cumplimiento razonable con las regulaciones y los requisitos de revisiones regulatorias ; cambios en las direcciones; correcciones gramaticales ; etc.).

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD

Este documento pretende servir como una declaración de política y no como un contrato o acuerdo con ningún paciente o expaciente . Este documento no otorga a ninguna persona el derecho a recibir asistencia financiera . Este documento no crea ni pretende crear terceros beneficiarios ni crear ningún derecho legal con respecto a ninguna persona o entidad , incluyendo , entre otros , pacientes , expacientes , entidades o agencias gubernamentales , terceros pagadores o garantes , ni a ninguna persona que actúe en nombre de dicha entidad o administre beneficios para ella . Este documento no crea ni pretende crear ninguna obligación legal con respecto a Methodist ante ninguna persona o entidad .

II. DEFINICIONES:

A. Monto generalmente facturado ("AGB"): El monto generalmente facturado es el pago esperado por servicios de emergencia o médicamente necesarios de los pacientes y/o su garante. Para

pacientes calificados , este monto no excederá una tasa que se determinará utilizando un método de retrosección descrito en §1.501 (r)-5(b) (3) del Código de Rentas Internas . De manera prospectiva, Methodist puede cambiar el método de cálculo y/o el porcentaje de AGB en cualquier momento al actualizar esta política.

B. Porcentaje del monto generalmente facturado (" Porcentaje del AGB"): El método retrospectivo se basará en los montos permitidos por el programa de pago por servicios de Medicare . Las reclamaciones que se incluirán en el AGB

El cálculo se basará en las reclamaciones liquidadas durante el año calendario anterior , adjudicadas mediante el sistema de Pago por Servicio de Medicare al momento de completarse el cálculo del AGB . Los importes de coaseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador junto con el sistema de Pago por Servicio de Medicare . Los cargos brutos de dichas reclamaciones se incluirán en el denominador. El porcentaje del AGB se calculará anualmente a los 70 días del cierre del año calendario anterior y se aplicará a los 120 días del cierre del mismo .

C. Período de solicitud : El período durante el cual se aceptarán y procesarán las solicitudes para

Asistencia financiera . El plazo de solicitud será , como mínimo, desde la fecha de prestación de la atención y no inferior a 240 días después de la fecha de entrega del primer estado de cuenta posterior al servicio .

D. Activos: Bienes personales y artículos de valor , incluidas cuentas corrientes , cuentas de ahorro ,

Cuentas del mercado monetario , certificados de depósito, anualidades, inversiones durante la jubilación, bienes raíces , acuerdos o acuerdos propuestos propiedad del paciente o de la parte responsable . Los fondos de jubilación (sin embargo, las distribuciones y pagos de planes de pensión o jubilación se incluirán en los ingresos), la vivienda principal y los automóviles comunes se excluyen de la consideración al evaluar los ingresos y la capacidad de pago del paciente, a menos que se determine que constituyen un activo extraordinario . Los activos extraordinarios son aquellos artículos que exceden las necesidades básicas de vivienda y transporte necesarias para la autosuficiencia. Ejemplos de activos extraordinarios serían : cuentas de ahorro con un valor superior a los gastos anuales estimados ; bienes personales considerados recreativos, como casas de vacaciones ; terrenos que no generan ingresos ; y varios vehículos por adulto en la familia.

E. Asistencia para atención catastrófica : Asistencia financiera proporcionada a (a) pacientes elegibles con

ingresos familiares anualizados superiores al 400 % del Nivel Federal de Pobreza y obligaciones financieras durante un período de 12 meses resultantes de servicios médicos proporcionados por Methodist superiores al 25 % del ingreso familiar o (b) con la aprobación del Director Financiero para pacientes con circunstancias atenuantes .

F. SERVICIOS ELEGIBLES : Los servicios elegibles bajo la política de asistencia financiera de Methodist deben ser

Clínicamente apropiado y dentro de los estándares de práctica médica generalmente aceptados . Estos incluyen lo siguiente:

1. Servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de emergencia , así como atención prestada en un entorno de emergencia con el propósito de estabilizar la condición de un 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 servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios . proporcionado con el propósito de evaluación, diagnóstico y/o tratamiento de una lesión o enfermedad, así como servicios típicamente definidos por Medicare u otra cobertura de seguro de salud como " artículos o servicios cubiertos ".
4. Los servicios médicamente necesarios prestados por proveedores empleados por Methodist están cubiertos por esta política. Consulte el Apéndice 3 para obtener una lista completa de los proveedores incluidos.
5. Servicios plásticos necesarios para corregir una desfiguración causada por una lesión o enfermedad o

Cualquier defecto o deformidad congénita se considerará médicamente necesario .

6. Servicio específicamente indicado en esta política, como por ejemplo para atender una Necesidad de la Comunidad .

Objetivo de la evaluación

G. Condición médica de emergencia : según se define en la Sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 USC

1395dd). El término " condición médica de emergencia " se refiere a una condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) como para que , sin atención médica inmediata , se pueda esperar razonablemente que resulte en:

1. Poner en primer plano la salud del individuo (o , en el caso de una mujer embarazada , la salud de la mujer o su hijo no nacido) en grave peligro,
2. Deterioro grave de las funciones corporales , o
3. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo ;
4. Respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones :
 - a. Que no hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital, antes de la entrega, o
 - b. Que ese traslado pueda suponer una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del niño no nacido .

H. Tamaño y composición de la familia/hogar : El tamaño de la familia/hogar se calcula incluyendo al paciente, su cónyuge (incluida la pareja de hecho) y sus dependientes legales , de acuerdo con las normas del Servicio de Impuestos Internos (IRS). Por lo tanto , si el paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos , esta persona podría ser considerada dependiente a efectos de la prestación de asistencia financiera .

I. Ingresos familiares/del hogar : Los ingresos familiares de un solicitante son los ingresos brutos combinados de todos los miembros adultos de la familia que viven en el hogar e incluidos en la declaración de impuestos federales más reciente .

Para pacientes menores de 18 años , los ingresos familiares/del hogar incluyen los del padre , la madre, el padre , la madre, el padrastro o el tutor, o los familiares cuidadores . Los ingresos familiares/del hogar se determinan utilizando (a) la definición de la Oficina del Censo , que incluye los siguientes ingresos al calcular las pautas federales de pobreza , y (b) activos líquidos superiores a \$10,000:

1. Incluye ingresos, compensación por desempleo , compensación laboral , Seguro Social , Ingreso de Seguridad Suplementario , asistencia pública , pagos a veteranos , beneficios para sobrevivientes , ingresos de pensión o jubilación , intereses, dividendos, rentas, regalías, ingresos de herencias , fideicomisos , estipendios educativos , pensión alimenticia, ganancias de capital , manutención regular de fuera del hogar, pagos de seguros y anualidades , ingresos por rentas, regalías, etc.
2. Se excluyen los beneficios no monetarios (como cupones de alimentos y subsidios de vivienda).
3. Determinado sobre una base 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 situación de pobreza en Estados Unidos . El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos lo actualiza periódicamente en el Registro Federal , de conformidad con la subsección (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos . Las directrices actuales del F PL se pueden consultar en <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>.

K. Beneficencia completa : Ingresos familiares iguales o inferiores al 200 % del Índice Federal de Pobreza (FPG). (Las solicitudes que cumplan los requisitos recibirán un alivio del 100 % de 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 a la tarifa completa establecida para la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen deducciones de los ingresos .

N. Personas sin hogar: Según la definición del gobierno federal y publicada en el Registro Federal el 5 de diciembre de 2011 por el Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD): Persona o familia que carece de una residencia nocturna fija, regular y adecuada , lo que significa que la persona o familia tiene su residencia nocturna principal en un lugar público o privado no destinado a la habitación humana , o que reside en un albergue público o privado diseñado para proporcionar alojamiento temporal . Esta categoría también incluye a las personas que egresan de una institución donde residieron durante 90 días o menos y que residieron en un albergue de emergencia o en un lugar no destinado a la habitación humana inmediatamente antes de ingresar a la institución.

O. Ingresos: Véase la definición de Ingresos Familiares/del Hogar

P. Verificación de ingresos : Pacientes que actualmente reciben asistencia financiera por parte del Fideicomisario, Condado, La asistencia estatal o federal , con la debida prueba de ello, no necesita proporcionar al hospital otra información sobre ingresos . Los municipios que califican a los pacientes para recibir asistencia económica y asistencia sanitaria se reconocen como agencias calificadas y no se requerirá información adicional sobre ingresos .

P. Activos líquidos : efectivo, valores, pagarés , acciones, bonos, bonos de ahorro de EE. UU. , cuenta corriente. Cuentas, cuentas de ahorro , fondos mutuos , certificados de depósito, pólizas de seguro de vida con valor de rescate en efectivo , cuentas por cobrar, bienes inmuebles (excepto la residencia principal) u otros bienes inmediatamente convertibles en efectivo. Los activos líquidos no incluyen los activos de jubilación a los que el Servicio de Impuestos Internos (IRS) les ha otorgado un trato fiscal preferencial como cuenta de jubilación , incluyendo , entre otros , los planes de compensación diferida calificados bajo el Código de Impuestos Internos (IRS) o los planes de compensación diferida no calificados . Los recursos excluidos para determinar la elegibilidad financiera bajo el Programa de Asistencia Médica de la Ley del Seguro Social no se considerarán activos convertibles 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. Medicare Fee-For-Service (FFS): Seguro de salud disponible bajo la Parte A de Medicare y la Parte B del Título XVIII de la Ley del Seguro Social (42 USC 1395c – 1395w-5).

T. Servicios no elegibles : Los servicios no elegibles según la política de asistencia financiera de Methodist son los siguientes:
Sigue:

1. Servicios/medicamentos proporcionados por las farmacias ambulatorias de Methodist y Programa de Farmacia Especializada de Methodist . Nota: El paciente debe consultar con un farmacéutico de Methodist o con su médico sobre los posibles programas de descuento disponibles por las compañías farmacéuticas .
2. Deducibles y coaseguros asociados con servicios médicamente necesarios proporcionados a fuera de la red del paciente según lo definido por sus aseguradoras.
3. Servicios recibidos de proveedores de atención médica que no se facturan con un número de identificación fiscal metodista (por ejemplo, profesionales médicos o médicos privados o no metodistas , transporte en ambulancia , etc.). Se recomienda a los pacientes que se pongan en contacto directamente con estos proveedores para consultar sobre la asistencia disponible y acordar el pago . Consulte el Apéndice 3 para obtener una lista de los proveedores no cubiertos por esta política.
4. 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

(lesión o enfermedad o defecto o deformidad congénita se considerará médicamente necesaria),
audífonos , ortodoncia, servicios dentales y optometría.

5. Procedimientos electivos no médicamente necesarios, así como servicios que normalmente no cubre Medicare o que Medicare u otra cobertura de seguro médico definen como no médicamente necesarios.
necesario.

6. Servicios no incluidos en la definición de Servicios Elegibles

U. Beneficencia Parcial : Una reducción gradual en los cargos facturados , según la evaluación de ingresos brutos (antes de impuestos), para pacientes que no califican para ninguna otra asistencia financiera , que la soliciten y cooperen plenamente con el proceso de determinación de necesidad financiera o que cumplan con los requisitos de Elegibilidad Presunta . Los pacientes/garantes cuyos ingresos se encuentren entre el 201 % y el 400 % del Índice Federal de Pobreza calificarán para uno de los siguientes planes de asistencia :

1. Asistencia financiera para FPL 201-250% FPG = 90% del saldo adeudado por el paciente

2. Asistencia financiera para FPL 251-300% FPG = 70% del saldo adeudado por el paciente

3. Asistencia financiera para FPL 301-350% FPG = 50% del saldo adeudado por el paciente

4. Asistencia financiera para FPL 351-400% FPG = 45% saldo adeudado por el paciente

Nota: Cualquier saldo de paciente determinado por Parcial Charity , se ajustará para cumplir con el límite superior establecido por AGB .

V. No residente : una persona que no cumple con la definición de residente de Indiana .

W. Acuerdo de Pago : Un Acuerdo de Pago es un Plan de Pago .

X. Plan de pago : Un plan de pago acordado entre Metodista y un paciente, o el plan de pago del paciente .

Garante, para gastos de bolsillo . El plan de pago considerará la situación financiera del paciente , el monto adeudado y cualquier pago previo .

Y. Opciones del plan de pago : Las opciones del plan de pago de Methodist vigentes en el momento en que se prestó un servicio incurridos por el paciente.

Z. Elegibilidad presunta : En determinadas circunstancias, se puede presumir o considerar que los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera en función de su inscripción en otros programas sujetos a prueba de medios u otras fuentes de información, no proporcionadas directamente por el paciente, para hacer una evaluación individual de la necesidad financiera .

AA. Aseguradora de Salud Privada : Cualquier organización que no sea una unidad gubernamental que ofrezca servicios de salud. seguros, incluidas las organizaciones no gubernamentales que administran un plan de seguro de salud bajo Medicare Advantage.

AB. Período de Calificación : El período de tiempo descrito en este documento durante el cual se otorgará asistencia financiera . ser concedido.

AC. Residente: Un individuo que cumple con las siguientes condiciones: (a) un ciudadano de los Estados Unidos o un ciudadano extranjero que cumple con la prueba de " tarjeta verde " o " presencia sustancial " como se describe en la Publicación 519 del IRS, Guía tributaria de EE . UU. para extranjeros , y (b) que estuvo domiciliado en Indiana durante todo el año fiscal o que mantiene una residencia permanente en Indiana y pasa más de 183 días del año fiscal en Indiana.

AD. Descuento para personas sin seguro médico o con seguro insuficiente : Pacientes sin cobertura de terceros , según lo permitido.
En virtud de esta política, se proporcionará un descuento para personas sin seguro por los servicios elegibles proporcionados por Metodista, en el momento en que se presenten los cargos no descontados

AE. Paciente con seguro insuficiente: Un individuo , con cobertura de seguro privado o público , para quien sería

sería una dificultad financiera pagar en su totalidad los gastos de bolsillo previstos por los servicios médicos proporcionados por Methodist.

AF. Paciente sin seguro médico /que paga por cuenta propia: Paciente sin cobertura de terceros , proporcionada por una aseguradora comercial externa , un plan ERISA , un Programa Federal de Atención Médica (incluidos , entre otros , Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS), compensación laboral u otra asistencia de terceros disponible para cubrir los gastos de atención médica del paciente .

III. REFERENCIA:

Política de EMTALA

Política de facturación y cobro de autopago

Directrices federales de pobreza , Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.

Aviso 2015-46 del IRS 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: FP L

Apéndice 3: Proveedores y departamentos cubiertos

Apéndice 4: Porcentaje de montos generalmente facturados (AGB)

Apéndice 5: Acceso público a los documentos

Apéndice 6: Resumen en lenguaje sencillo

IV. INFORMACIÓN DEL DOCUMENTO :

A. Preparado por

Departamento y título

Director, Ciclo de Ingresos

B. Requisitos de revisión y renovación

Esta política se revisará anualmente y según lo requieran los cambios en la ley, la práctica o la norma.

C. Revisión / Historial de revisiones

Revisado el: 19/03/18

Revisado el: 20/3/17, 8/2017, 1/2019, 20/8, 21/6 , 21/12 , 22/2, 26/4/2023, 12/2023, 12/2024, 5/2025

D. Aprobaciones

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

Director del Departamento

Ciclo de ingresos

Vicepresidente (s)

mi

12/2024

Fecha

Fecha

CF O	12 / 2024
------	-----------

2 . Este Política tiene estado revisado y / o aprobado por el siguiente comité (s) :

Comité (s)	Fecha
Junta de Directores	12 / 2024

Financiero Asistencia Política

Apéndice 1

Ver adjunto para Financiero Asistencia Solicitud

Financiero Asistencia Política

Apéndice 2

(En vigor desde marzo 1 , 2025)

Ingreso & Activo Umbrales : El siguiente figuras son basado en el 2025 Salud y Humano Servicios pobreza pautas ..

tamaño de la familia	100%	200%	250%	300%	400%	umbral de activos (100% o FPL x 6)
1	\$15,650.00	\$31,300.00	\$39,125.00	\$46,950.00	\$62,600.00	\$93,900.00
2	\$21,150.00	\$42,300.00	\$52,875.00	\$63,450.00	\$84,600.00	\$126,900.00
3	\$26,650.00	\$53,300.00	\$66,625.00	\$79,950.00	\$106,600.00	\$159,900.00
4	\$32,150.00	\$64,300.00	\$80,375.00	\$96,450.00	\$128,600.00	\$192,900.00
5	\$37,650.00	\$75,300.00	\$94,125.00	\$112,950.00	\$150,600.00	\$225,900.00
6	\$43,150.00	\$86,300.00	\$107,875.00	\$129,450.00	\$172,600.00	\$258,900.00
7	\$48,650.00	\$97,300.00	\$121,625.00	\$145,950.00	\$194,600.00	\$291,900.00
Para familias/hogares de más de 8 personas, agregue la cantidad adecuada por cada persona adicional	\$5,500.00	\$11,000.00	\$13,750.00	\$16,500.00	\$22,000.00	\$33,000.00

Financiero Asistencia Política

Apéndice 3

Proveedores cubiertos y Departamentos

- 1 . El Método Hospitales , C^a . (Hospital) : Todo Ubicaciones
- 2 . Médico y médico extensores factura bajo Métodos impuesto sobre las ganancias identificación número , cual son como Sigue : Médico metododista Grupo ; India Quirúrgico Asociados en El Método Hospitales , C^a . Noroeste India Centro de Gastroenterología en Método

Nota : Servicios debe ser cubierto por Financiero Asistencia Política y proporcionó por el arriba Cubierto Proveedores

y departamentos para calificar para recibir asistencia financiera .

Proveedores NO cubiertos por la política de asistencia financiera

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

Política de asistencia financiera

Apéndice 4

Porcentaje de importes generalmente facturados (AGB)

Methodist utiliza el método de "revisión retrospectiva" . Methodist podrá modificar el método de cálculo o el porcentaje facturado de AGB en cualquier momento tras la actualización de esta política.

Porcentaje de AGB al 1 de marzo de 2015 : 27,7 % (72,3 % de descuento sobre los cargos. Basado en reclamaciones de Medicare liquidadas en 2014).

Porcentaje de glucosa en sangre al 1 de marzo de 2016 : 25,1 % (74,9 % de descuento sobre los cargos. Basado en reclamaciones de Medicare dadas de alta en 2015).

Porcentaje de glucosa en sangre al 1 de marzo de 2017 : 23,3 % (76,7 % de descuento sobre los cargos. Basado en reclamaciones de Medicare dadas de alta en 2016).

Porcentaje de glucosa en sangre al 1 de marzo de 2018 : 22 % (78 % de descuento sobre los cargos. Basado en reclamaciones de Medicare dadas de alta en 2017).

Porcentaje de glucosa en sangre al 1 de marzo de 2019 : 21,2 % (78,8 % de descuento sobre los cargos. Basado en reclamaciones de Medicare dadas de alta en 2018).

Porcentaje de AGB al 1 de marzo de 2020 : 20,80 % (79,2 % de descuento sobre los cargos. Basado en reclamaciones de Medicare dadas de alta en 2019 con saldo cero a febrero de 2020).

Porcentaje de AGB al 1 de marzo de 2021 : 20,80 % (79,2 % de descuento sobre los cargos. Basado en las reclamaciones pagadas por Medicare y dadas de baja en 2020, al 10 de febrero de 2021) .

Porcentaje de AGB al 1 de marzo de 2022 : 20,04 % (79,96 % de descuento sobre los cargos. Basado en las reclamaciones pagadas por Medicare y dadas de baja en 2021, al 10 de febrero de 2022) .

El porcentaje de AGB al 1 de marzo de 2023 es del 19,3 % (80,7 % de descuento sobre los cargos. Basado en reclamaciones pagadas por Medicare de 2022 con saldo cero al 10 de marzo de 2023).

El porcentaje de AGB al 1 de marzo de 2024 es del 18,5 % (81,5 % de descuento sobre los cargos. Basado en reclamaciones pagadas por Medicare de 2023 con saldo cero al 10 de marzo de 2024).

El porcentaje de AGB al 1 de marzo de 2025 es del 17,6 % (82,4 % de descuento sobre los cargos. Basado en reclamaciones pagadas por Medicare de 2024 con saldo cero al 10 de marzo de 2025).

Política de asistencia financiera

Apéndice 5

Acceso público a las políticas

Información sobre la Política de Asistencia Financiera de Methodist y la Facturación y Cobro de Autopago de Methodist

La política se pondrá a disposición de los pacientes y la comunidad atendida por Methodist a través de una variedad de fuentes.

- A. Los pacientes y garantes pueden solicitar copias gratuitas de la Política de asistencia financiera , la Política de facturación y cobro de autopago , la Solicitud de asistencia financiera y/o el Resumen en lenguaje sencillo por correo a: The Methodist Hospitals, Inc.

Atención: Servicios financieros

600 Grant Street

Gary, Indiana 46402

- B. Los pacientes y garantes pueden solicitar copias gratuitas de la Política de Asistencia Financiera , la Política de Facturación y Cobro de Autopago , la Solicitud de Asistencia Financiera y/o el Resumen en Lenguaje Sencillo por teléfono al (219) 886-4584 o al (219) 738-5508.

- C. Los pacientes y garantes pueden descargar copias de la Política de asistencia financiera , la Política de facturación y cobro de autopago , la Solicitud de asistencia financiera y/o el Resumen en lenguaje sencillo a través de www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/.

- D. Los pacientes y garantes pueden solicitar copias gratuitas de la Política de Asistencia Financiera , la Política de Facturación y Cobro de Autopago , la Solicitud de Asistencia Financiera y/o el Resumen en Lenguaje Sencillo en persona en los siguientes lugares:

Hospitales Metodistas

600 Grant Street

Gary, Indiana 46402

Hospitales Metodistas

8701 Broadway

Merrillville, Indiana 46410

Política de asistencia financiera

Apéndice 6

Resumen en lenguaje sencillo

Los Hospitales Metodistas , Inc.

Los Hospitales Metodistas , Inc.

RESUMEN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

The Methodist Hospitals, Inc. ("Methodist") se dedica a atender las necesidades de atención médica de sus pacientes. Para contribuir a satisfacer estas necesidades, hemos establecido una " Política de Asistencia Financiera" que brinda asistencia financiera a aquellos pacientes que solicitan asistencia para servicios médicamente necesarios y no pueden cumplir con sus obligaciones financieras . Esta Política de Asistencia Financiera se aplica a todas las instalaciones de Methodist , a sus médicos empleados y a sus auxiliares médicos empleados .

Los solicitantes deben cumplir los siguientes 3 criterios:

- Una persona que cumpla con las siguientes condiciones: (a) un ciudadano de los Estados Unidos o un ciudadano extranjero que cumpla con la prueba de " tarjeta verde " o " presencia sustancial " como se describe en la Publicación 519 del IRS , Guía tributaria de los Estados Unidos para extranjeros , y (b) que estuvo domiciliado en Indiana durante todo el año fiscal o que mantiene una residencia permanente en Indiana y pasa más de 183 días del año fiscal en Indiana .
- Seguro médico limitado o nulo (con seguro insuficiente o sin seguro)
- Un ingreso familiar igual o inferior al 400 % de las Pautas Federales de Pobreza del año en curso o incurrir en un balance financieramente catastrófico

Para pacientes sin seguro médico , ofrecemos servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios en nuestro hospital sin costo alguno si sus ingresos son iguales o inferiores al 200 % del Índice Federal de Pobreza (FPG) . Los pacientes con ingresos entre el 201 % y el 400 % del FPG pueden acceder a una ayuda financiera de escala móvil . Se evaluará a todos los solicitantes para determinar el nivel de asistencia financiera que se les puede otorgar . Todos los solicitantes deben completar el proceso de solicitud o cumplir con los requisitos de presunta beneficencia para recibir asistencia financiera . Si no tiene seguro médico y no es elegible para recibir asistencia financiera , aún podría calificar para un descuento bajo nuestra Política de Autopago . Solicite hablar con un asesor financiero sobre la Política de Autopago .

Si tiene seguro , aún podría calificar para recibir asistencia financiera sobre su saldo de paciente . El saldo de paciente (cuando lo permita el plan de la aseguradora privada o del empleador) para servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios se ajustará por completo si sus ingresos son iguales o inferiores al 200 % del Índice Federal de Pobreza (FPG) . Los pacientes cuyos ingresos se encuentran entre el 201 % y el 400 % del FPG son elegibles para recibir asistencia financiera de escala móvil . Se evaluará a todos los solicitantes para determinar qué nivel de asistencia financiera se les puede otorgar . Todos los solicitantes deben cumplir con el proceso de solicitud para ...
recibir ayuda financiera .

Si tiene un Saldo Catastrófico , definido como un saldo adeudado a Methodist que supera el 25% de sus ingresos familiares anuales , calculados durante un período de 12 meses , podría ser elegible para recibir asistencia financiera . Para más información , consulte con un asesor financiero .

Según la política de asistencia financiera , no se le facturará un monto mayor por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que el porcentaje de pago promedio que nos paga Medicare .

Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento, incluso después de la prestación de los servicios ; sin embargo, existen límites de tiempo , así como limitaciones en cuanto a qué servicios/cuentas califican para recibir asistencia financiera . Consulte la Política de Asistencia Financiera completa 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 mediante los siguientes métodos: (1) en el sitio web del Hospital Metodista : www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/ o (2) en nuestro campus de Northlake o Southlake en nuestras áreas de admisión o departamentos de emergencia ; o (3) llamando a Servicios Financieros al 219-886-4584 o 219-738-5508 para solicitar una cita gratuita.

Le enviaremos por correo una copia de nuestra política de asistencia financiera y el formulario de solicitud . También puede programar una cita con uno de nuestros asesores financieros . Nuestros asesores financieros están aquí para ayudarle a completar la solicitud ; por favor , contáctelos .

La política de asistencia financiera se aplica únicamente a Methodist y a los servicios de médicos y auxiliares médicos facturados con el número de identificación fiscal de Methodist . Esta política no se aplica a médicos y auxiliares médicos no empleados que también atienden a pacientes en Methodist. En el Apéndice 3 de la Política de Asistencia Financiera se encuentra una lista de proveedores cubiertos y no cubiertos por esta política .

Hay disponibles versiones en español de este documento, de la Política de Asistencia Financiera y de la Solicitud de asistencia financiera. Solicite copias gratuitas o visite [www.methodisthospitals.org/ billing_info/obteniendo-asistencia-financiera/](http://www.methodisthospitals.org/billing_info/obteniendo-asistencia-financiera/).

Archivos adjuntos

[📎 Apéndice 1: Formulario de solicitud de asistencia financiera](#)

Firmas de aprobación

Descripción del paso	Aprobador	Fecha
Junta de control de calidad	Sanders de canela : AYUDANTE ADMINISTRATIVO- GESTIÓN DE CALIDAD [JS]	05/2025
Director Financiero Oficial	Lauren Trumbo: VP-JEFE DIRECTOR FINANCIERO -CFO	05/2025
Propietario de la póliza	Peter Melcher: DIRECTOR- CICLO DE INGRESOS	05/2025

Normas

No hay ninguna norma asociada a este documento