



Origen 06/2016

Última aprobación 03/2026

Dueño: Pete Melcher  
DIRECTOR  
CICLO DE IGRESOS

Eficaz 03/2026

Última revisión 03/2026

Siguiente reseña 03/2029

Área: Acceso del paciente

Documento Tipos: Polica

## Política de asistencia financiera

---

Palabras clave Caridad, Atención médica con descuento, Elegibilidad presunta, Sin seguro, Insuficientemente asegurado

Aplicable a: Pacientes hospitalizados: Pacientes ambulatorios: Proveedor: Todos: X Video:.

### I. POLÍTICA:

The Methodist Hospitals, Inc. ("Methodist") se dedica a atender las necesidades de salud de sus pacientes. Para ayudar a satisfacer esas necesidades, hemos establecido una Política de Asistencia Financiera ("PAF") para brindar alivio financiero a aquellos pacientes que cumplen con los siguientes requisitos:

- Solicite asistencia para los servicios definidos como Servicios Elegibles,
- No pueden cumplir con su obligación financiera,
- Residir dentro del 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 cobertura de seguro o capacidad de pago, según se define en este documento. Esta política de asistencia financiera busca cumplir con las leyes federales y estatales aplicables en nuestra área de servicio. Los pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia en virtud de esta política recibirán un descuento por la atención recibida en las instalaciones de Methodist y por parte de los proveedores empleados por Methodist.

La asistencia financiera que se brinda bajo esta política se ofrece con la expectativa de que los pacientes colaboren con los procedimientos de solicitud de la política y con los de los programas de beneficios o cobertura pública disponibles para cubrir el costo de la atención. Methodist no discriminará por motivos de edad, sexo, raza, credo, color, discapacidad, orientación sexual u origen nacional al determinar la asistencia financiera. Este programa se basa en la presentación veraz y precisa de información financiera por parte del paciente y / o sus responsables. Los pacientes y / o sus responsables que presenten información financiera falsa intencionalmente sobre su hogar serán descalificados para recibir este programa. La determinación de si hubo una declaración falsa intencional es un derecho exclusivo del Methodist.

El alcance de este programa depende de la capacidad financiera de Methodist para brindar servicios gratuitos y con descuento a los pacientes que cumplen con la definición de residente de Indiana y a todos los pacientes que tienen una emergencia.

Condición médica, basada en prácticas comerciales sólidas y una administración fiduciaria sostenida sobre los hospitales recursos financieros limitados. Un no residente que busca tratamiento para servicios distintos a un servicio para un Las afecciones médicas de emergencia no dan derecho a ayuda financiera.

## CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD

Se podrá brindar asistencia financiera a pacientes residentes de Indiana o a cualquier paciente con una afección médica de emergencia que no cuente con seguro médico o tenga una cobertura insuficiente, y que cumpla con los criterios especificados a continuación. Estos criterios garantizarán la aplicación uniforme de la política de asistencia financiera en todo Methodist. Methodist se reserva el derecho de revisar, modificar o cambiar la política según sea necesario o apropiado.

- Recursos de pago (seguro disponible a través del empleo, Asistencia médica, Víctimas de violencia) Delitos, Compensación laboral, Seguro de hogar, Seguro de automóvil, 3 revisados y responsabilidad de los terceros, etc.) debe ser evaluados antes de que se considere una cuenta para asistencia financiera para asegurar que los recursos de Methodist se administran con prudencia al brindar asistencia financiera. Si un paciente parece ser elegible para otro tipo de asistencia, Methodist lo remitirá a la agencia correspondiente para que le ayude a completar las solicitudes y formularios necesarios.
- Los solicitantes deben agotar todas las demás opciones de pago como condición para la aprobación de su financiación. asistencia.
  - Los solicitantes serán responsables de postularse a programas públicos y buscar seguros de salud privados. Cobertura de seguro. A los pacientes, o a sus garantes, que opten por no cooperar en la solicitud de los programas identificados por Methodist como posibles fuentes de pago para la atención médica, se les podría negar la asistencia financiera.
  - Los pacientes, o los garantes de los pacientes, identificados como personas que probablemente califiquen para Medicaid, deben solicitarlo. Los pacientes, o sus garantes, deben cumplir con el proceso de solicitud descrito en esta política para obtener asistencia financiera.
  - Los pacientes o los garantes de los pacientes que tengan disponible la cobertura COBRA deben pagar las primas.
- Se espera que los solicitantes contribuyan al costo de su atención según su capacidad de pago, como se describe en esta política.

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

- Ingresos familiares,
- Activos y
- Obligaciones médicas.

El programa de asistencia financiera de Methodist está disponible para todos aquellos que cumplan con los requisitos de elegibilidad establecidos en esta política. La asistencia financiera se otorgará a los pacientes, o a su garante, según su necesidad económica y de conformidad con las leyes federales y estatales. Se ofrecerá asistencia financiera a pacientes elegibles con cobertura insuficiente, siempre que dicha asistencia esté de acuerdo con el contrato de la aseguradora. La asistencia financiera no está disponible para saldos pendientes de pago de los pacientes después de la cobertura del seguro, que se deban a incumplimientos razonables de los requisitos del seguro, como la obtención de referencias autorizaciones adecuadas.

En general, los saldos fuera de la red pueden revisarse caso por caso. Se espera que los pacientes con cuentas de salud personales con ventajas fiscales, como una Cuenta de Ahorros para la Salud, un Plan de Reembolso de Gastos Médicos o una Cuenta de Gastos Flexibles, utilicen los fondos de su cuenta antes de recibir

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.

Los pacientes solo podrán recibir ayuda financiera a través de la Política de Asistencia Financiera, la Política de Pago Autogestionado 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 determinado, en el cual Methodist no participa como proveedor, Methodist podrá optar por no tener en cuenta la cobertura del paciente al considerar su elegibilidad para recibir asistencia financiera. Algunos factores que se consideran son:

el número de reclamaciones recibidas de un estado en un año determinado; los requisitos del estado para la inscripción de médicos; el plazo de autorización, etc.

#### PAGO POR PARTE DEL PACIENTE:

Se espera el pago total de los saldos pendientes dentro de los 30 días posteriores a la emisión del estado de cuenta inicial. Si al paciente o aval no les es posible pagar la totalidad dentro de este plazo, se podrá extender un acuerdo de pago para el saldo restante después de aplicar los descuentos a los solicitantes que cumplan con los requisitos para recibir 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 caso de que no puedan cumplir con un acuerdo de pago. 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 posteriormente califica para asistencia financiera o asistencia financiera adicional, el acuerdo de pago se ajustará en consecuencia. En caso de que un paciente no pague o no pague el monto total adeudado, Methodist podrá reclamar el pago al paciente o derivarlo a un tercero para que lo haga (consulte la Política de Facturación y Cobranzas).

#### ELEGIBILIDAD PRESUNTIVA

Methodist comprende que no todos los pacientes pueden completar una solicitud de asistencia financiera ni cumplir con los requisitos de documentación, incluyendo aquellos que no responden al proceso de solicitud de Methodist. En estos casos, Methodist puede determinar si un paciente reúne los requisitos para recibir asistencia financiera sin necesidad de una solicitud completa o sin solicitud previa. Methodist también puede utilizar otra información o fuentes para determinar si la cuenta de un paciente cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera; este es el proceso de elegibilidad presunta.

La elegibilidad presunta para asistencia financiera puede determinarse mediante la utilización de un tercero para realizar una revisión electrónica de la información del paciente con el fin de evaluar la necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo reconocido en 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 calibra con respecto a las aprobaciones históricas de asistencia financiera de Methodist bajo el proceso de solicitud tradicional. Cuando se utilice, la tecnología electrónica 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 emprender cualquier acción de cobro extraordinaria. Los datos devueltos por 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 personales. Los siguientes son ejemplos de circunstancias de la vida en las que se puede otorgar la elegibilidad presunta a los pacientes:

- El paciente o el garante se ha declarado en quiebra. En los casos de quiebra, solo el saldo de la cuenta como
- A partir de la fecha en que se declare la quiebra, y durante los 12 meses posteriores, se cancelarán las deudas pendientes.
- El paciente o el garante han fallecido y no existe ningún patrimonio en proceso de sucesión testamentaria.
- Paciente o garante declarado sin hogar.

- Paciente o garante que Methodist determine que es un inmigrante ilegal, sin evidencia de ingresos o activos según lo determinado por comunicación con el paciente o garante, informes crediticios o cualquier otro medio apropiado.
- Cuentas devueltas por la agencia de cobranza como incobrables debido a cualquiera de las razones anteriores.
- El paciente o el garante que reúnan los requisitos para los programas estatales de Medicaid podrán recibir asistencia para cualquier obligación de copago asociada con el programa o los servicios no cubiertos, a menos que lo prohíba la ley estatal.

#### CARIDAD TOTAL

Cuando la inscripción electrónica se utiliza como base para la presunción de elegibilidad, el departamento de servicios financieros para pacientes realizará una evaluación preliminar de asistencia caritativa. Se evaluará a los pacientes para determinar si se les proporcionará un ajuste del 100 % de la Asistencia Financiera y, de ser aplicable, se les otorgará retroactivamente para los saldos elegibles impagos, incluidos los saldos en mora, con la excepción de los saldos en proceso legal o judicial. Las cuentas de pacientes a quienes se les otorgó asistencia financiera del 100% bajo el criterio de elegibilidad presunta serán reclasificadas según la política de asistencia financiera. No se enviarán a cobranza, no estarán sujetas a acciones de cobranza adicionales, no recibirán una notificación escrita de su elegibilidad electrónica y no se incluirán en el gasto por deudas incobrables del hospital.

#### CARIDAD PARCIAL

Para los pacientes que no califican para el 100% de asistencia financiera bajo el principio de elegibilidad presunta, aún pueden ser considerados bajo el proceso tradicional de solicitud de asistencia financiera para obtener una mayor asistencia financiera. Methodist proporcionará una notificación por escrito informando a los pacientes que podría haber una mayor asistencia financiera disponible. 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 una solicitud de asistencia financiera o no se paga el saldo pendiente. Los siguientes pacientes que fueron evaluados bajo el proceso de elegibilidad presunta recibirán una notificación por escrito (a) pacientes que calificaron para asistencia financiera parcial ; (b) pacientes a quienes se les negó la asistencia financiera; y (c) pacientes para quienes no había suficiente información disponible para determinar la aprobación o la denegación.

#### OTRAS PÓLIZAS DISPONIBLES PARA EL PACIENTE

Si un paciente no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera según esta póliza, puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera a través de otras pólizas, incluidas las siguientes:

- . Política de descuentos para personas sin seguro/que pagan por su cuenta
- . Política de descuentos en servicios.

#### SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA

La ayuda financiera se otorgará en función de la necesidad económica al momento de la solicitud. En general, se requiere documentación para respaldar la solicitud de ayuda financiera. Sin embargo, los pacientes que actualmente reciben ayuda financiera de la Junta de Fideicomisarios, el Condado, el Estado o el Gobierno Federal, y que cuenten con la documentación que lo acredite, no necesitarán proporcionar al hospital información adicional sobre sus ingresos. Asimismo, los municipios que califican a los pacientes para recibir asistencia económica y asistencia para la salud se consideran agencias autorizadas y tampoco se requerirá información adicional sobre sus ingresos, siempre que se presente la documentación que lo acredite.

Todos los pacientes que soliciten ayuda financiera deberán incluir documentación sobre sus ingresos y patrimonio, siempre que dicha información esté disponible y sea accesible para ellos. Durante el proceso de evaluación, la firma del paciente confirmará su solicitud de ayuda financiera. Se requiere evidencia confiable que justifique la necesidad de dicha ayuda. 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 nómina más recientes u otra documentación)
- Comprobante de otros ingresos (incluye salarios, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguridad Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres,

regalías, ingresos de herencias, 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 ser necesarios para demostrar ingresos y patrimonio.

Las prestaciones no monetarias (como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda) y las pérdidas de capital se excluyen del cálculo de ingresos y activos.

#### CUIDADOS PARA CATASTROFES

Cuando un paciente no reúne los requisitos para recibir asistencia financiera según otras opciones de esta póliza, puede optar a la Asistencia para Cuidados Catastróficos. En el marco de esta asistencia, se valorarán bienes adicionales y se sumarán a los ingresos totales del hogar o la unidad familiar para determinar el monto de la ayuda financiera. El paciente o el garante deberán proporcionar la siguiente documentación y otra información solicitada sobre sus 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 las pensiones
- . Bienes raíces
- . Acuerdos o posibles acuerdos
- . Otros activos

#### PRESENTACIÓN Y REVISIÓN DE SOLICITUDES DE AYUDA FINANCIERA

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

Si la 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 en ese plazo, la solicitud será denegada.

Durante el período de revisión de la Solicitud de Asistencia Financiera ( FAA) debidamente cumplimentada, se suspenderán todos los trámites de cobro. La FAA se documentará en el expediente del paciente o se escaneará, y se registrará en la cuenta. El proceso de facturación habitual continuará mientras se revisa y considera la FAA. Si el representante de Methodist correspondiente aprueba una solicitud de asistencia financiera completa y conforme a los requisitos, esto se registrará en el expediente del paciente y el saldo de la cuenta se ajustará en consecuencia utilizando el código correspondiente. Las solicitudes de asistencia financiera deben presentarse en una de las siguientes oficinas.

The Methodist Hospitals, Inc.  
Atención: Servicios Financieros  
600 Richard Gordon Hatcher Blvd.  
Gary, Indiana 46402  
Fax: 219-886-6930

The Methodist Hospitals, Inc.  
Atención: Servicios Financieros  
8701 Broadway  
Merrillville, Indiana 46410  
Fax: 219-738-6606

En caso de denegación de la ayuda financiera, el paciente o su garante podrán volver a solicitarla en cualquier momento si se produce un cambio en sus ingresos o situación económica.

#### IMPORTES FACTURADOS A PACIENTES QUE REQUIEREN ASISTENCIA FINANCIERA

Para pacientes sin seguro, con seguro insuficiente, que pagan por su cuenta o que cumplen con los requisitos para recibir asistencia para gastos catastróficos y que califican para asistencia financiera bajo esta póliza, el monto facturado al paciente o garante no excederá el Porcentaje de Monto Generalmente Facturado ("Porcentaje AGB") multiplicado por el total de los cargos facturados. Por lo tanto, cualquier saldo del paciente determinado por Caridad Parcial o Saldo Catastrófico se ajustará para cumplir con el límite máximo establecido por AGB.

El método de revisión retrospectiva se basará en los montos permitidos bajo el sistema de pago por servicios de Medicare. Las reclamaciones a ser En el cálculo del AGB se incluirán las reclamaciones liquidadas durante el año calendario anterior que fueron procesadas por Medicare por Servicio al momento de completarse dicho cálculo. Los montos correspondientes al coseguro, los copagos y los deducibles se incluirán en el numerador junto con el pago de Medicare por Servicio.

Los cargos brutos correspondientes a dichas reclamaciones se incluirán en el denominador. El AGB se calculará anualmente a los 70 días del cierre del año calendario anterior y se aplicará a los 120 días del cierre del año calendario.

Los pacientes que reúnan los requisitos para recibir asistencia financiera no tendrán que pagar los cargos totales por los servicios elegibles mientras estén cubiertos por la política de asistencia financiera de Methodist.

#### 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. A un solicitante que sea declarado elegible para asistencia financiera se le reembolsarán los pagos que excedan el monto adeudado por el paciente o el garante en las cuentas impagas para las cuales se le haya otorgado asistencia bajo la política de asistencia financiera de Methodist.

Los reembolsos se aplican a los pagos en exceso de \$5 0 más. De acuerdo con esta política, la asistencia financiera generalmente no se extiende para copagos o saldos después del seguro cuando un paciente no obtiene las referencias o autorizaciones adecuadas, o si dicha asistencia no está de acuerdo con el acuerdo contractual de la aseguradora; por lo tanto, dichos 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.  
Atención: Servicios Financieros  
600 Richard Gordon Hatcher Blvd.  
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. Las decisiones del Comité de Asistencia Financiera serán definitivas.

#### PERIODO DE CALIFICACIÓN

Si se determina que un solicitante reúne los requisitos para recibir asistencia, Methodist otorgará ayuda financiera por un periodo de seis meses a partir de la fecha de aprobación, y dicha asistencia también se aplicará retroactivamente a todos los saldos impagos de las cuentas elegibles, incluidas las cuentas en mora, con la excepción de las cuentas en proceso legal o judicial.

#### NOTIFICACIÓN DE AYUDA FINANCIERA

La información sobre la política de asistencia financiera de Methodist estará disponible en las áreas de registro y admisión de hospitales y clínicas, en el servicio de urgencias y en los estados de cuenta de los pacientes. También puede obtenerse de los asesores financieros de la organización.

La Política de Asistencia Financiera Methodist, la solicitud, el Resumen en Lenguaje Sencillo, la Política de Facturación y Cobranzas y la Política de Autopago estarán disponibles en el sitio web del sistema en [www.methodisthospitals.org/billing\\_info/obtaining-financial-assistance/](http://www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/). 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. con un asesor financiero. La información sobre la política de asistencia financiera de Methodist se comunicará a los pacientes en un idioma culturalmente apropiado.

La información sobre asistencia financiera y el aviso publicado en los hospitales y clínicas se traducirán a cualquier idioma que sea el idioma principal hablado por menos de 1000 personas o el 5 % de los residentes en el área de servicio.

#### REQUISITOS REGLAMENTARIOS

Methodist cumplirá con todas las leyes, normas, reglamentos y requisitos de presentación de informes federales, estatales y locales que sean aplicables a las actividades realizadas conforme a esta política. Esta política exige que Methodist registre la asistencia financiera proporcionada para garantizar la exactitud de los informes. La información sobre la asistencia financiera proporcionada conforme a esta política se reportará anualmente en el Anexo H del Formulario 990 del IRS.

#### SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA

De conformidad con las regulaciones de la Ley Federal de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo (EMTALA), ningún paciente será evaluado para obtener 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, estatus migratorio o elegibilidad para el Programa Federal de Asistencia (FAP) al proporcionar servicios para una condición médica de emergencia. Methodist podrá solicitar a un paciente que realice un pago, pague deudas pendientes o cumpla con las obligaciones de participación en los costos (es decir, copagos, coseguros y deducibles) después de que se hayan prestado los servicios para una condición médica de emergencia. No se permitirá ninguna solicitud de pago ni actividad de cobro de deudas que pueda causar una demora en la atención necesaria para una condición médica de emergencia identificada que ocurra en cualquier lugar o momento en Methodist.

#### REGISTRO DE DATOS

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

#### LIMITACIONES DEL PROGRAMA

Methodist se compromete a servir a las personas más necesitadas de nuestra comunidad en la medida en que nuestros limitados recursos financieros lo permitan. Para garantizar una gestión prudente de estos recursos, Methodist revisará periódicamente estos programas e implementará ajustes en función de nuestra situación financiera, asegurando así nuestra continuidad y nuestro compromiso con los servicios que se brindan a quienes más lo necesitan.

#### ACTUALIZACIONES NO SUSTANTIVAS

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

#### DESCARGO RESPONSABLEAC

Este documento tiene como objetivo establecer una política interna y no constituir un contrato o acuerdo con ningún paciente o expaciente. Este documento no otorga derecho a asistencia financiera. Este documento no crea ni pretende crear beneficiarios terceros ni derechos legales con respecto a ninguna persona o entidad, incluyendo, entre otros, pacientes, expacientes, entidades o agencias gubernamentales, pagadores o garantes terceros, ni a ninguna persona que actúe en nombre de dichas entidades o administre beneficios para ellas. Este documento no crea ni pretende crear obligaciones legales de Methodist con respecto a 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 por parte de los pacientes y/o su garante. Para los pacientes que califiquen, este monto no excederá una tasa que se determinará utilizando un Método Retrospectivo descrito en SI.501 ( 3) del Código de Rentas Internas. Methodist podrá modificar el método de cálculo y/o el Porcentaje de AGB en cualquier momento al actualizar esta política.

B. Porcentaje del importe generalmente facturado ("Porcentaje AGB"): El método de revisión retrospectiva se basará en montos permitidos bajo Medicare Pago por Servicio. Las reclamaciones que se incluirán en el cálculo de AGB serán Se considerarán las reclamaciones liquidadas durante el año calendario anterior que fueron adjudicadas por Medicare Fee-For-Service al momento de completarse el cálculo del AGB. Los montos de coseguro, copagos y deducibles se incluirán en el numerador junto con Medicare Fee-For-Service. Los cargos brutos de dichas reclamaciones se incluirán en el denominador. El porcentaje de AGB se calculará anualmente antes del día 70 posterior al cierre del año calendario anterior y se implementará antes del día 120 posterior al cierre del año calendario.

C. Período de solicitud El período durante el cual se aceptarán y procesarán las solicitudes para fines financieros. asistencia. El período de aplicación será como mínimo a partir de la fecha en que se presta la atención y no inferior al día 240 después de la fecha en que se proporciona el primer estado de cuenta posterior al servicio.

D. Activos: Bienes personales y objetos de valor, incluyendo cuentas corrientes, cuentas de ahorro, Cuentas de mercado monetario, certificados de depósito, anualidades, inversiones para la jubilación, bienes raíces, acuerdos o acuerdos propuestos propiedad del paciente y/o la persona responsable. Los fondos de jubilación (sin embargo, las distribuciones y pagos de planes de pensión o jubilación se incluirán en los ingresos), la residencia principal y los automóviles comunes se excluyen de la consideración al evaluar los ingresos del paciente y su capacidad de pago, a menos que se determine que son un activo extraordinario. Los activos extraordinarios son aquellos bienes que exceden las necesidades básicas de vivienda y transporte requeridas 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 cuidados catastróficos Asistencia financiera proporcionada a (a) pacientes elegibles con gastos anuales ingresos familiares que superen el 400% del Nivel Federal de Pobreza y obligaciones financieras durante un período de 12 meses derivadas de servicios médicos prestados por Methodist que superen el 25 % de los ingresos familiares o (b) con la aprobación del Director Financiero para pacientes con circunstancias atenuantes.

F. SERVICIOS ELEGIBLES Los servicios elegibles según la política de asistencia financiera de Methodist deben ser clínicamente apropiados y ajustarse a los estándares de práctica médica generalmente aceptados. Estos incluyen los siguientes:

- Servicios médicos de emergencia prestados en un entorno de emergencia, así como la atención prestada en un entorno de emergencia con el fin de estabilizar la condición de un paciente.
- Servicios no electivos prestados en respuesta a circunstancias que ponen en peligro la vida en un entorno que no es de emergencia.
- Servicios médicamente necesarios, como los servicios de atención médica para pacientes hospitalizados o ambulatorios que se brindan con el propósito de evaluar, diagnosticar y/o tratar una lesión o enfermedad, así como los servicios que normalmente define Medicare u otra cobertura de seguro médico como " artículos o servicios cubiertos".
- Los servicios médicamente necesarios proporcionados por proveedores empleados por Methodist están cubiertos por Esta política. Consulte el Apéndice tres para obtener una lista completa de los proveedores incluidos.
- Los servicios de cirugía plástica necesarios para corregir una desfiguración causada por una lesión o enfermedad o un defecto o deformidad congénita se considerarán médicamente necesarios.
- Servicio específicamente indicado en esta política, como por ejemplo para atender las necesidades de la comunidad objetivo de la evaluación

G. Condición médica de emergencia Según se define en la Sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 USC 1395dd). El término " afección médica de emergencia" se refiere a una afección médica que se manifiesta mediante síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso como para que, razonablemente, se pueda esperar que la ausencia de atención médica inmediata dé lugar a:

- Poner en riesgo la salud del individuo (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o su hijo por nacer en grave peligro,
  - Deterioro grave de las funciones corporales o
  - Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo;
  - Con 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 entrega o
    - b. Transferencia pueda suponer una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto niño.
- H. Tamaño y composición de la familia/hogar El tamaño de la familia/hogar se calcula para incluir al paciente, Su cónyuge (incluida la pareja de hecho y sus dependientes legales según las normas del Servicio de Impuestos Internos. Por lo tanto, si el paciente declara a alguien como dependiente en su declaración de impuestos, dicha persona podría ser considerada dependiente a efectos de la prestación de asistencia financiera.
- I. Ingresos familiares/domésticos Los ingresos familiares de un solicitante son los ingresos brutos combinados de todos los adultos miembros 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/domésticos incluyen los del padre o los padres y/o padrastros o parientes cuidadores. Los ingresos familiares/domésticos 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 dólares:
- Incluye ingresos, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguridad Social, Ingreso Suplementario de Seguridad, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos por herencias, fideicomisos, becas educativas, pensión alimenticia, ganancias de capital, apoyo regular de fuera del hogar, pagos de seguros y anualidades, ingresos por alquileres, regalías, etc.
  - Se excluyen las prestaciones no monetarias (como los cupones de alimentos y los subsidios de vivienda.
  - Determinado sobre una base antes de impuestos;
  - Excluye las pérdidas de capital.
- J. Nivel Federal de Pobreza El Nivel Federal de Pobreza (NFP) utiliza umbrales de ingresos que varían según el tamaño y la composición familiar para determinar quién se encuentra en situación de pobreza en los Estados Unidos. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos lo actualiza periódicamente en el Registro Federal, de conformidad con el inciso (2) de la Sección 9902 del Título 42 del Código de los Estados Unidos. Las directrices vigentes del NFP pueden consultarse en <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>.
- K. Caridad total Ingresos familiares iguales o inferiores al 200% de las Pautas Federales de Pobreza ( FPG). (Las solicitudes que cumplan los requisitos recibirán una exención total de sus obligaciones hospitalarias.
- L. Garante Persona distinta del paciente que es responsable del pago de la factura del paciente.
- M. Cargos brutos Cargos totales a la tarifa establecida completa por la prestación de servicios de atención al paciente antes de Se aplican deducciones de los ingresos.
- N. Personas sin hogar. Según la definición del gobierno federal, publicada en el Registro Federal el 5 de diciembre de 2011 por el 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 no destinado a la habitación humana, o que vive en un refugio público o privado diseñado para proporcionar alojamiento temporal. Esta categoría también incluye a las personas que salen de una institución donde residieron durante 90 días o menos y que residieron en un refugio de emergencia o lugar no destinado a la habitación humana inmediatamente antes de ingresar a la institución.
- O. Ingresos: Véase la definición de Ingresos familiares/domésticos

- P. Verificación de ingresos Los pacientes que actualmente reciben asistencia financiera de fideicomisarios, condados, estados o el gobierno federal, y que cuenten con la documentación que lo acredite, no necesitan proporcionar al hospital información adicional sobre sus ingresos. Los municipios que califican a los pacientes para recibir asistencia económica y asistencia para la salud se consideran agencias autorizadas y no se requerirá información adicional sobre sus ingresos.
- Q. Activos líquidos Efectivo, valores, pagarés, acciones, bonos, bonos de ahorro estadounidenses, cuentas corrientes, Cuentas, cuentas de ahorro, fondos mutuos, certificados de depósito, pólizas de seguro de vida con valor de rescate, cuentas por cobrar, bienes inmuebles (distintos de la vivienda principal u otros bienes convertibles inmediatamente en efectivo. Los activos líquidos no incluyen los activos de jubilación a los que el Servicio de Impuestos Internos ( IRS ha otorgado un tratamiento fiscal preferencial como cuenta de jubilación, incluidos, entre otros, los planes de compensación diferida calificados según el Código de Rentas Internas o los planes de compensación diferida no calificados. Cualquier recurso excluido para determinar la elegibilidad financiera bajo el Programa de Asistencia Médica (MDA bajo la Ley del Seguro Social no se considerará como activo convertible en efectivo.
- R. Medicamento necesario: Según lo define Medicare, se trata de servicios o artículos razonables y necesarios para el paciente. diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión.
- S. Medicare de pago por servicio (FFS): Seguro médico disponible bajo Medicare Parte A y Parte B del Título XVIII de la Ley de Seguridad Social (42 USC 1395c — 1395w-5).
- T. Servicios no elegibles Los servicios que no son elegibles según la política de asistencia financiera Methodist son los siguientes:
1. Servicios/medicamentos proporcionados por las farmacias ambulatorias de Methodist y el Programa de Farmacia Especializada de Methodist. Nota: El paciente debe consultar con un farmacéutico de Methodist o con su médico sobre posibles programas de descuento disponibles en las farmacias.
  2. Deducibles y coseguros asociados con los servicios medicamento necesarios prestados a Pacientes fuera de la red según lo define su aseguradora.
  3. Servicios recibidos de proveedores de atención médica no facturados bajo un número de identificación fiscal Methodist. (p. ej., profesionales médicos privados o no Methodists, transporte en ambulancia, etc.). Se recomienda a los pacientes que se comuniquen directamente con estos proveedores para consultar sobre la asistencia disponible y acordar planes de pago. Consulte el Apéndice 3 para ver la lista de proveedores no cubiertos por esta póliza.
  4. Cirugía Lasik, atención quiropráctica, servicios de fertilidad, lentes de contacto/gafas, cirugía estética / Servicios de cirugía plástica (sin embargo, la cirugía plástica necesaria para corregir una desfiguración causada por una lesión o enfermedad, o un defecto o deformidad congénita, se considerará médicamente necesaria), audífonos, ortodoncia, servicios dentales, optometría.
  5. Procedimientos electivos no médicamente necesarios, así como servicios que normalmente no están cubiertos por Medicare o que Medicare u otra cobertura de seguro médico no define como médicamente necesarios.
  6. Servicios no incluidos en la definición de Servicios Elegibles
- U. Caridad parcial en EE. UU. Una reducción gradual de los cargos facturados en función de los ingresos brutos (antes de impuestos). Evaluación para pacientes que no califican para ninguna otra ayuda financiera, que solicitan asistencia y cooperan plenamente con el proceso de determinación de la necesidad financiera o que cumplen con los requisitos de elegibilidad presunta. Los pacientes/garantes cuyos ingresos se encuentren entre el 201 % y el 400 % de las Pautas Federales de Pobreza calificarán para uno de los siguientes planes de asistencia
1. Asistencia financiera para FP L 201-250% FPG = 90% del saldo del paciente a pagar
  2. Asistencia financiera para FP L 251-300% FPG = 70% del saldo del paciente a pagar
  3. Asistencia financiera para FP L 301-350% FPG = 50% del saldo del paciente a pagar
  4. Asistencia financiera para FP L 351-400% FPG = 45% del saldo del paciente a pagar

Nota: Cualquier saldo del paciente determinado por la Caridad Parcial se ajustará para cumplir con el límite máximo 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 pagos.
- X. Plan de pago Un plan de pago acordado entre Methodist y el paciente, o su garante, para los gastos que este deba cubrir de su propio bolsillo. El plan de pago tendrá en cuenta la situación financiera del paciente, el monto adeudado y cualquier pago previo.
- Y. Opciones de plan de pago Opciones de plan de pago de Methodist vigentes en el momento en que se incurrió en un servicio por paciente.
- Z. Elegibilidad presunta En determinadas circunstancias, se puede presumir o considerar que los pacientes son elegibles para recibir asistencia financiera en función de su inscripción en otros programas sujetos a verificación de recursos o de otras fuentes de información, no proporcionadas directamente por el paciente, para realizar una evaluación individual de la necesidad financiera.
- AA. Aseguradora de salud privada Cualquier organización que no sea una entidad gubernamental que ofrezca seguros de salud, 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 otorgada.
- AC. Residente: Una persona que cumple las siguientes condiciones: (a) un ciudadano de los Estados Unidos o un extranjero nacional que cumple con la prueba de " tarjeta verde " o " presencia sustancial " según 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 un lugar de residencia permanente en Indiana y pasa más de 183 días del año fiscal año en Indiana.
- AD. Descuento para personas sin seguro Icon seguro insuficiente Pacientes sin cobertura de terceros, según lo permitido por Esta póliza ofrecerá un descuento para personas sin seguro por los servicios elegibles proporcionados por Methodist, en el momento en que se realicen los cargos sin descuento.
- AE. Paciente con seguro insuficiente Un individuo, con cobertura de seguro privado o público, para quien sería una dificultad financiera pagar completamente los gastos de bolsillo previstos por los servicios médicos proporcionados por Methodist.
- AF. Paciente sin seguro /Pago directo: Un paciente sin cobertura de terceros proporcionada a través de una aseguradora comercial, 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 el costo de los gastos de atención médica del paciente.

### III. REFERENCIA:

Política de EMTALA

Política de facturación y cobro para pagos directos

Directrices federales sobre la pobreza, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos.

Aviso 2015-46 del IRS y 29 CFR .501 (r) (4) - (6)

26 CFR 250 (31 de diciembre de 2014) págs. 78954-79016

Anexo 1: Formulario de solicitud de ayuda financiera

Apéndice 2: FPL

Apéndice 3: Proveedores y departamentos cubiertos

Apéndice 4: Porcentaje de importes 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 cargo

Director del ciclo de ingresos

B. Requisitos de revisión y renovación

Esta política se revisará anualmente y según lo exijan los cambios en la legislación, las prácticas o las normas.

C. Historial de revisiones / revisiones

Revisado el: 19/03/18

Revisado el: 20/3/17, 8/2017, 1/2019, 8/20, 6/21, 12/21, 2/22, 4/26/2023, 12/2023, 12/2024, 5/2025, 3/19/2026

D. Aprobaciones

1. Esta Política ha sido revisada y aprobada por el Director del Departamento y el/los Vicepresidente (s) de la Grupo(s) de servicio

Director del departamento Ciclo de ingresos	Fecha 3/2026
Vicepresidente (s)	Fecha
	3/2026

2. Esta Política ha sido revisada y/o aprobada por el/los siguiente(s) comité(s):

Comité(s)	Fecha
-----------	-------

Apéndice 1

Consulte el archivo adjunto para obtener la solicitud de ayuda financiera.

Política de asistencia financiera

## Apéndice 2

(Vigente a partir del 1 de marzo de 2026)

Umbral de ingresos y patrimonio Las siguientes cifras se basan en las directrices de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de 2026.

tamaño de la familia	100%	200%	250%	300%	400%	umbral de activos (100% of FPL x6)
1	\$15,960	\$31,920	\$39,900	\$47,880	\$63,840	\$95,760
2	\$21,640	\$43,280	\$54,100	\$64,920	\$86,560	\$129,840
3	\$27,320	\$54,640	\$68,300	\$81,960	\$109,280	\$163,920
4	\$33,000	\$66,000	\$82,500	\$99,000	\$132,000	\$198,000
5	\$38,680	\$77,360	\$96,700	\$116,040	\$154,720	\$232,080
6	\$44,360	\$88,720	\$110,900	\$133,080	\$177,440	\$266,160
7	\$50,040	\$100,080	\$125,100	\$150,120	\$200,160	\$300,240
Para familias/hogares de más de 8 personas, agregue la cantidad adecuada por cada persona adicional	\$5,680	\$11,360	\$14,200	\$17,040	\$22,720	\$34,080

## Apéndice 3

### Proveedores y departamentos cubiertos

1. The Methodist Hospitals, Inc. (Hospital): Todas las ubicaciones
2. Los médicos y asistentes médicos facturan 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: Para poder optar a la asistencia financiera, los servicios deben estar cubiertos por la Política de Asistencia Financiera y ser prestados por los Proveedores y Departamentos cubiertos mencionados anteriormente.

### Proveedores NO cubiertos por la política de asistencia financiera

- I. Médicos/ Asistentes médicos del departamento de emergencias
2. Radiólogos/ Asistentes médicos
3. Patólogos/ Asistentes médicos
4. Anestesiólogos/ Asistentes médicos
5. Médicos hospitalarios/ Asistentes médicos

6. Todos los demás médicos y asistentes médicos que no se facturan 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 "retrospectiva". Methodist podrá modificar el método de cálculo y/o el porcentaje de facturación 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 procesadas en 2014).

Porcentaje de AGB al 1 de marzo de 2016 25,1 %. ( Descuento del 74,9 % sobre los cargos. Basado en reclamaciones de Medicare procesadas en 2015).

Porcentaje de AGB al 1 de marzo de 2017 23,3 %. ( Descuento del 76,7 % sobre los cargos. Basado en reclamaciones de Medicare procesadas en 2016).

Porcentaje de AGB para el 1 de marzo de 2018 22 %. ( Descuento del 78 % sobre los cargos. Basado en reclamaciones de Medicare procesadas en 2017).

Porcentaje de AGB al 1 de marzo de 2019 21,2 % ( Descuento del 78,8 % sobre los cargos. Basado en reclamaciones de Medicare procesadas en 2018).

Porcentaje de AGB para el 1 de marzo de 2020 20,80 %. ( Descuento del 79,2 % sobre los cargos. Basado en reclamaciones de Medicare procesadas en 2019 con saldo cero a febrero de 2020).

Porcentaje de AGB para el 1 de marzo de 2021 20,80 %. ( Descuento del 79,2 % sobre los cargos. Basado en las reclamaciones pagadas por Medicare y procesadas en 2020, al 10 de febrero de 2021.

Porcentaje de AGB para el 1 de marzo de 2022 20,04 %. ( Descuento del 79,96 % sobre los cargos. Basado en las reclamaciones pagadas por Medicare y procesadas en 2021, al 10 de febrero de 2022.

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

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

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

El porcentaje de AGB para el 1 de marzo de 2026 es del 17,7 %. ( Descuento del 82,3 % sobre los cargos. Basado en las reclamaciones pagadas por Medicare en 2025 con saldo cero al 10 de marzo de 2026.

Política de asistencia financiera

Apéndice 5

Acceso público a las políticas

La información sobre la Política de Asistencia Financiera de Methodist y la Política de Facturación y Cobro para Pacientes que Pagan por

Cuenta Propia de Methodist estará disponible para los pacientes y la comunidad a la que sirve Methodist a través de diversas fuentes.

- A. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias gratuitas de la Política de Asistencia Financiera, la Facturación de Pago Autogestionado y la Política de Cobranza, la Solicitud de Asistencia Financiera y/o el Resumen en Lenguaje Sencillo por correo

The Methodist Hospitals, Inc.  
Atención: Servicios Financieros  
600 Richard Gordon Hatcher Blvd.

Gary, Indiana 46402

- B. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias gratuitas de la Política de Asistencia Financiera, la Política de Facturación y Cobranza de Pagos Directos, la Solicitud de Asistencia Financiera y/o el Resumen en Lenguaje Sencillo por teléfono al (219) 886-4584 o (219)738-5508.
- C. Los pacientes y los garantes pueden descargar copias de la Política de Asistencia Financiera, la Política de Facturación y Cobranza para Pagos Directos, la Solicitud de Asistencia Financiera y/o el Resumen en Lenguaje Sencillo a través de [www.methodisthospitals.org/billing\\_info/obtaining-financial-assistance/](http://www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/).
- D. Los pacientes y los garantes pueden solicitar copias gratuitas de la Política de Asistencia Financiera, la Política de Facturación y Cobranza para Pagos Directos, la Solicitud de Asistencia Financiera y/o el Resumen en Lenguaje Sencillo en persona en las siguientes ubicaciones:

The Methodist Hospitals, Inc.  
600 Richard Gordon Hatcher Blvd.  
Gary, Indiana 46402

The Methodist Hospitals, Inc.  
8701 Broadway  
Merrillville, Indiana 46410

Política de asistencia  
financiera Apéndice 6  
Resumen en lenguaje sencillo

Los Hospitales Methodists, Inc.

Los Hospitales Methodists, Inc.

#### RESUMEN DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA

Methodist se dedica a atender las necesidades de salud de sus pacientes. Para ayudar a cubrir dichas necesidades, hemos establecido una « Política de Asistencia Financiera » que ofrece apoyo económico a aquellos pacientes que solicitan asistencia para servicios médicamente necesarios y que no pueden afrontar sus obligaciones financieras. Esta Política de Asistencia Financiera se aplica a todas las sedes de Methodist, a todos sus médicos empleados y a su personal de apoyo médico.

Los solicitantes deben cumplir los siguientes 3 criterios:

- Una persona que cumpla las siguientes condiciones: (a) un ciudadano de los Estados Unidos o un nacional extranjero que cumple con la prueba de " tarjeta verde " o " presencia sustancial " según se describe en la Publicación 519 del IRS, Guía de Impuestos de EE. UU. para Extranjeros, y (b) que estuvo domiciliado en Indiana durante todo el año fiscal o que mantiene un lugar de residencia permanente en Indiana y pasa más de 183 días del año fiscal en Indiana.
- Seguro médico limitado o inexistente (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 saldo financieramente catastrófico

A los pacientes sin seguro médico, les ofrecemos servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios en nuestro hospital sin costo alguno si sus ingresos son iguales o inferiores al 200 % de las Pautas Federales de Pobreza ( FPG). Los pacientes cuyos ingresos se encuentran entre el 201 % y el 400% de las FPG pueden optar a ayuda financiera con una escala variable. Todos los solicitantes serán evaluados para determinar otras fuentes de pago y así poder otorgarles el nivel de asistencia financiera que merecen. Para recibir asistencia financiera, todos los solicitantes deben cumplir con el proceso de solicitud o con los requisitos de beneficencia presuntiva. Si usted no tiene seguro médico y no cumple con los requisitos para recibir asistencia financiera, aún podría calificar para un descuento según nuestra Política de Pago Directo. Solicite hablar con un asesor financiero para obtener más información sobre esta política.

Si tiene seguro médico, aún podría calificar para recibir asistencia financiera para su saldo de paciente. El saldo del paciente (cuando lo permita la aseguradora privada o el 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 % de las FPG son elegibles para recibir asistencia financiera escalonada. Todos los solicitantes serán evaluados para determinar otras fuentes de ingresos y así determinar el nivel de asistencia financiera que se les puede otorgar. Todos los solicitantes deben cumplir con el proceso de solicitud para recibir asistencia 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. Solicite hablar con un asesor financiero para obtener más detalles.

Según la política de asistencia financiera, no se le facturará más por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que el porcentaje promedio de pago que recibimos de Medicare.

Puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento, incluso después de que se hayan prestado los servicios ; sin embargo, existen limitaciones de tiempo, así como limitaciones en cuanto a los servicios/cuentas que califican para la 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 del formulario de solicitud de asistencia financiera mediante los siguientes métodos (1) en el sitio web del Hospital Methodist en [www.methodisthospitals.org/billing\\_info/obtaining-financial-assistance/](http://www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/) o (2) en nuestros campus de Northlake o Southlake, en nuestras áreas de admisión o departamentos de emergencias ; o (3) llamando a Servicios Financieros al 219-886-4584 o al 219-738-5508 para solicitar que se le envíe por correo una copia gratuita 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 disponibles para ayudarlo a completar la solicitud ; no dude en contactarlos.

La política de asistencia financiera se aplica únicamente a Methodist y a los servicios de médicos y asistentes médicos.

La facturación se realiza bajo el número de identificación fiscal de Methodist. Esta política no se aplica a médicos y asistentes médicos no empleados que también atienden pacientes en Methodist. La lista de proveedores cubiertos y no cubiertos por esta política se encuentra en el Apéndice 3 de la Política de Asistencia Financiera.

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/obtaining-financial-assistance/](http://www.methodisthospitals.org/billing_info/obtaining-financial-assistance/).

#### Archivos adjuntos

☐ Anexo I Formulario de solicitud de ayuda financiera

#### Firmas de aprobación

Descripción del paso	Aprobador	Fecha
Director Ejecutivo	Matthew Doyle: PRESIDENTE Y	03/2026
Titular de la póliza	Pete Melcher: DIRECTOR- CICLO DE INGRESOS	03/2026

#### Estándares

Este documento no tiene ninguna norma asociada.