

MEMORIAL HERMANN HEALTH SYSTEM POLÍTICA

TÍTULO DE LA POLÍTICA: Política de Asistencia Financiera

FECHA DE PUBLICACIÓN: 19/12/2017

VERSIÓN: 4

PROPÓSITO DE LA POLÍTICA:

El Memorial Hermann Health System ("MHHS") opera los hospitales de la sección 501(c)(3) del Código de Rentas Internas que atienden a las necesidades de atención médica de Harris, Montgomery, Fort Bend y condados aledaños. El MHHS se compromete a proporcionar beneficios comunitarios en forma de asistencia financiera a personas sin seguro o con seguro insuficiente, sin discriminación, que necesiten servicios de emergencia o médicamente necesarios, independientemente de la capacidad de pago del paciente.

El propósito de esta Política de Asistencia Financiera ("FAP", en inglés) es ofrecer un método sistemático para identificar y proporcionar asistencia financiera a aquellos a quienes el MHHS presta servicios dentro de su comunidad.

ALCANCE:

Esta FAP se aplica a todas las instalaciones hospitalarias autorizadas por el estado operadas por hospitales MHHS de la sección 501(c)(3), que incluyen:

Memorial Hermann Greater Heights Hospital
Memorial Hermann Katy Hospital
Memorial Hermann Memorial City Medical Center
Memorial Hermann – Texas Medical Center

- Memorial Hermann Cypress Hospital
- Memorial Hermann Orthopedic and Spine Hospital

Memorial Hermann Northeast Hospital
Memorial Hermann Rehabilitation Hospital Katy, L.L.C.
Memorial Hermann Southeast Hospital

- Memorial Hermann Pearland Hospital

Memorial Hermann Southwest Hospital
Memorial Hermann Sugar Land Hospital
Memorial Hermann The Woodlands Medical Center
TIRR Memorial Hermann

El MHHS opera centros de imágenes para pacientes ambulatorios, centros de rehabilitación y medicina deportiva, así como centros de emergencia como

proveedores de departamentos ambulatorios de los hospitales enumerados anteriormente. Estos están cubiertos según esta FAP.

El MHHS también opera laboratorios de diagnóstico para pacientes ambulatorios que están cubiertos por esta FAP.

DECLARACIÓN DE POLÍTICA:

1. De conformidad con los valores de compasión y cuidado del MHHS, la política del MHHS es brindar Asistencia Financiera a los pacientes que lo necesiten. Además, el propósito de esta FAP es proporcionar el marco bajo el cual se otorgará Asistencia Financiera a los pacientes para la atención de emergencia o médicamente necesaria suministrada por el MHHS.
2. Esta FAP identifica los criterios específicos y el proceso de solicitud según el cual el MHHS extenderá la Asistencia Financiera a las personas que no pueden pagar en su totalidad por los servicios prestados. Tenga en cuenta que ciertas personas son Presuntamente Elegibles para recibir servicios sin costo (consulte la Sección 4 del Procedimiento).
3. Esta FAP se aplica a toda la atención de emergencia o médicamente necesaria suministrada por un hospital del MHHS. Esta FAP no es vinculante para los proveedores de servicios médicos fuera del hospital y no se aplica a los servicios médicos. Puede encontrar una lista de proveedores que brindan atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria en el centro hospitalario cuyos servicios están cubiertos como parte de esta FAP, así como una lista de proveedores cuyos servicios no están cubiertos como parte de esta FAP en nuestro sitio web en: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. También pueden obtenerse de forma gratuita ejemplares impresos, previa solicitud, en el departamento de emergencias y áreas de registro del hospital. Los ejemplares impresos gratuitos también están disponibles por correo o llamando al (713) 338-5502 o 1-800-526-2121, Opción 5.
4. La FAP describe los criterios utilizados por el MHHS para calcular el monto del descuento de Asistencia Financiera, si corresponde, las medidas que tomará el MHHS para divulgar ampliamente esta FAP dentro de la comunidad a la que presta servicios, el proceso utilizado por el MHHS para determinar la elegibilidad de la Asistencia Financiera, así como el proceso de solicitud de la misma. Las medidas que el MHHS puede tomar en caso de falta de pago se describen en una política separada, la Política de Facturación y Cobros del MHHS. Esta política se puede descargar en el sitio web del MHHS en: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>, o un ejemplar impreso gratuito está disponible en el departamento de emergencias y áreas de registro del hospital. Los ejemplares impresos gratuitos también están disponibles por correo o llamando al (713) 338-5502 o 1-800-526-2121, Opción 5.

5. Para ser elegible para Asistencia Financiera, los pacientes deben completar y enviar una solicitud de Asistencia Financiera (para pacientes que no son Presuntamente Elegibles) junto con la documentación de respaldo requerida. Las solicitudes de Asistencia Financiera deben presentarse dentro de los 240 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta enviado por los servicios para los cuales solicita Asistencia Financiera. Se pueden hacer excepciones, tal como se describe en la Sección 9 del Procedimiento. Nada en esta FAP tiene prioridad sobre las leyes o regulaciones federales, estatales o locales actualmente vigentes o vigentes en el futuro.
6. Cualquier cantidad que el paciente haya pagado que exceda la cantidad adeudada después de aplicarse el descuento de asistencia financiera aplicable, será reembolsada por todos los eventos de atención médica calificados.
7. La autoridad final para decidir si el MHHS ha realizado esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de la FAP reside en la Oficina de Servicios Comerciales para Pacientes del MHHS. Esta FAP está destinada a beneficiar a la comunidad del MHHS de acuerdo con sus valores de compasión y cuidado. La existencia de esta FAP no constituye una oferta de Asistencia Financiera para ningún paciente en particular y no crea derechos u obligaciones contractuales. Esta FAP puede ser actualizada por el MHHS en el futuro y aprobada por el Consejo de Directores o su representante a su exclusiva discreción.
8. Las políticas y procedimientos establecidos en este documento están destinados a cumplir con las regulaciones estatales de Texas y la sección 501(r) del Código de Rentas Internas y pautas relacionadas.

TÉRMINOS Y DEFINICIONES:

1. *Solicitud*: hace referencia a una solicitud de Asistencia Financiera que debe completar un paciente.
2. *Periodo de Solicitud*: durante el Período de Solicitud, el MHHS aceptará y procesará una solicitud de Asistencia Financiera. El Período de Solicitud comienza en la fecha en la cual se proporciona la atención médica a la persona y finaliza en el día 240 posterior a la fecha del primer estado de cuenta por dicha atención.
3. *Importes Generalmente Facturados (AGB, en inglés)*: a los pacientes que califiquen para Asistencia Financiera no se les cobrará más por la atención de emergencia o médicamente necesaria que los importes generalmente facturados (AGB) a los pacientes que tienen seguro.
 - a. El porcentaje de AGB del MHHS se calcula utilizando el método "retroactivo", el cual consiste en el total del pago de tarifa por servicio de Medicare permitido, dividido entre los cargos brutos totales para esos

reclamos para el período de 12 meses anterior. Los descuentos proporcionados a pacientes que califican para Asistencia Financiera se revisarán en comparación con los límites de porcentaje de AGB para garantizar que a los pacientes no se les cobre más que los AGB.

- b. Los porcentajes de AGB se pueden encontrar en Anexo A: Cálculo de los Importes Generalmente Facturados de la FAP.
 - c. Los porcentajes de AGB revisados se calcularán anualmente y aplicarán a los 120 días posteriores al inicio del año calendario.
4. *Ingreso Bruto Familiar Anual*: es la suma de los ingresos anuales y beneficios en efectivo de una familia proveniente de todas las fuentes de ingresos antes de impuestos, menos los pagos hechos por manutención infantil, reportables al Servicio de Rentas Internas de los Estados Unidos. Los ingresos familiares incluyen, entre otros, ingresos, compensación por desempleo, indemnización por accidente laboral, Seguro Social, Seguro de Ingreso Suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios de sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, pensión alimenticia, manutención de menores y otras fuentes.
 5. *Servicios Optativos*: servicios para tratar una condición médica que no requiere atención inmediata. Los servicios optativos incluyen procedimientos que son favorables para el paciente, pero no son urgentes e incluyen servicios médicamente necesarios y servicios que no son médicamente necesarios, tales como cirugía estética y dental realizada únicamente para mejorar la apariencia u otros procedimientos optativos que generalmente no están cubiertos por los planes de seguro médico. Los servicios optativos que no son médicamente necesarios no se considerarán para Asistencia Financiera.
 6. *Servicios de emergencia*: servicios brindados a un paciente por una afección médica con síntomas agudos de suficiente severidad (incluido el dolor intenso), de manera que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente dar como resultado que la salud del individuo (o con respecto a una mujer embarazada, la mujer o su hijo nonato) esté en un grave peligro, o causar un deterioro serio de las funciones corporales, o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
 7. *Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA, en inglés)*: estas son acciones de cobro que requieren un proceso legal o judicial y también pueden implicar otras actividades, tales como vender deuda a un tercero o reportar información negativa a agencias u oficinas de crédito. El MHHS no participa en ECA, ni permite que sus proveedores de cobro participen en ECAs. Se puede encontrar más información sobre las políticas de cobranza del MHHS en la Política de Facturación y Cobros del MHHS; copias gratuitas de esta política están disponibles en línea en:

<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/> o también están disponibles los ejemplares impresos gratuitos, previa solicitud, en el departamento de emergencias y áreas de registro del hospital o llamando al (713) 338-5502 o 1-800-526-2121, Opción 5.

8. *Familia*: el paciente, el cónyuge/pareja de unión civil del paciente, los padres del paciente o tutores (en el caso de un paciente menor de edad) y cualquier dependiente registrado en la declaración de impuestos del paciente o de los padres y que vive en el hogar del paciente o de sus padres o tutores.
9. *Nivel de Pobreza Federal ("FPL", en inglés)*: nivel de ingresos en el que se considera que un individuo se encuentra en el umbral de la pobreza. Este nivel de ingresos varía según el tamaño de la unidad familiar. El nivel de pobreza se actualiza anualmente por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y se publica en el Registro Federal. Para los fines de esta FAP, el nivel de pobreza indicado en estos lineamientos dados a conocer al público representa el ingreso bruto. El FPL utilizado a efectos de esta FAP se actualizará anualmente.
 - a. Los FPL actuales se pueden encontrar en Anexo B: Lineamientos de Pobreza Federales de la FAP.
10. *Asistencia Financiera*: Asistencia Financiera significa la ayuda brindada por el MHHS a pacientes que cumplen con ciertos criterios financieros y otros criterios de elegibilidad según lo definido en la FAP para ayudarlos a obtener los recursos financieros necesarios para pagar por los servicios de atención médica emergentes o médicamente necesarios proporcionados por el MHHS en un entorno hospitalario. Los pacientes elegibles pueden incluir pacientes no asegurados, pacientes de bajos ingresos y aquellos pacientes que tienen cobertura parcial pero que no pueden pagar parte o la totalidad de sus facturas médicas restantes.
11. *Servicios Médicamente Necesarios*: servicios o suministros que se proporcionan para el diagnóstico, la atención directa y el tratamiento de una condición médica, que cumplen con los estándares de buenas prácticas médicas en el área local, están cubiertos y son considerados médicamente necesarios por los programas de Medicare y Medicaid y no son principalmente para la conveniencia del paciente o médico. Los servicios médicamente necesarios no incluyen la cirugía cosmética ni servicios no médicos, tales como servicios sociales, educativos o vocacionales.
12. *Resumen en Lenguaje Sencillo ("PLS", en inglés)*: un resumen en lenguaje sencillo de la FAP del MHHS incluye: (a) una breve descripción de los requisitos de elegibilidad y la asistencia que se ofrece; (b) una lista del sitio web y las ubicaciones físicas donde se pueden obtener las solicitudes de Asistencia Financiera; (c) instrucciones sobre cómo obtener un ejemplar impreso gratuito de la FAP; (5)

información de contacto para obtener ayuda con el proceso de solicitud; (6) disponibilidad de traducciones a diferentes idiomas de la FAP y documentos relacionados; y (7) una declaración que confirma que a los pacientes que se determine son elegibles para recibir Asistencia Financiera no se les cobrará más que los importes generalmente facturados por servicios de emergencia o médicamente necesarios.

13. *Presunta Elegibilidad o Presuntamente Elegible*: una determinación de elegibilidad para Asistencia Financiera realizada con referencia a criterios específicos que se han considerado que demuestran la necesidad financiera de parte de un paciente no asegurado sin completar una solicitud de Asistencia Financiera.
14. *Esfuerzos Razonables*: el MHHS hará los esfuerzos razonables para notificar al paciente acerca de la FAP del MHHS ofreciéndole el Resumen en Lenguaje Sencillo de la misma antes del alta del hospital. Además, el MHHS tomará las siguientes medidas para informar a los pacientes acerca de la FAP del MHHS:
 - a. *Solicitudes Incompletas*: si el paciente y/o la familia envían una solicitud incompleta, el MHHS emitirá una notificación por escrito describiendo la información o documentación adicional necesaria.
 - b. *Solicitudes Completas*: si el paciente y/o el miembro de la familia del paciente presenta una solicitud completa de Asistencia Financiera, el MHHS emitirá una notificación por escrito que documente una determinación sobre si un paciente es elegible para Asistencia Financiera de manera oportuna y notifique al paciente por escrito acerca de la determinación (incluida, si corresponde, la asistencia para la cual el paciente es elegible), así como la base para esta determinación. Esta notificación también incluirá el monto porcentual de Asistencia Financiera (para solicitudes aprobadas) o el/los motivo(s) de denegación y el pago que deba realizar el paciente y/o la familia, según corresponda. El paciente y/o la familia continuarán recibiendo estados de cuenta durante la evaluación de una solicitud completa.
 - c. *Estados de Cuenta del Paciente*: el MHHS enviará una serie de estados de cuenta que describan la cuenta del paciente y el importe que se adeuda. Los estados de cuenta de los pacientes incluirán una solicitud para que el paciente informe al MHHS de cualquier cobertura de seguro de gastos médicos disponible, un aviso de la FAP del MHHS, un número de teléfono para solicitar Asistencia Financiera y la dirección del sitio web donde se pueden obtener los documentos de la FAP.

- d. *Sitio web del MHHS*: los sitios web del MHHS publicarán un aviso en un lugar prominente, notificando que está disponible la Asistencia Financiera, con una explicación del proceso de solicitud de la misma. El MHHS publicará esta FAP con una lista de proveedores que están cubiertos y no están cubiertos por la misma, el resumen en lenguaje sencillo, la solicitud de Asistencia Financiera y la Política de Facturación y Cobranza en el sitio web del MHHS: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. El MHHS tendrá disponibles, previa solicitud, ejemplares impresos gratuitos de estos documentos en el departamento de emergencias y áreas de registro.

15. *Paciente con Seguro Insuficiente*: un paciente que está cubierto en todo o en parte por una póliza de seguro que, como resultado de recibir atención emergente o médicamente necesaria, tiene gastos de su propio bolsillo que exceden su capacidad de pago del saldo restante por la atención que recibió.
16. *Paciente no Asegurado*: un paciente que no está cubierto en todo o en parte bajo por una póliza de seguro de salud y no es beneficiario de un seguro de salud público o privado, beneficios de salud u otro programa de cobertura de salud (que incluye, entre otros, seguro privado, Medicare, Medicaid o Asistencia a Víctimas de Delitos) y cuya lesión no es indemnizable para fines de compensación laboral, seguro de automóvil u otro seguro de terceros, según lo determinado por el MHHS con base en documentos e información proporcionada por el paciente u obtenida de otras fuentes, para el pago de servicios de atención médica suministrados por el MHHS.

CRITERIOS DE REVISIÓN:

1. *Comunicación:* para hacer que nuestros pacientes, familias y la comunidad en general sepan de la disponibilidad de Asistencia Financiera, el MHHS tomará una serie de medidas para notificar a los pacientes y visitantes de sus hospitales acerca de la disponibilidad de Asistencia Financiera y divulgar ampliamente esta FAP entre los miembros de la comunidad más amplia atendida en cada hospital. Estas medidas incluyen:
 - a. *Consentimiento del Paciente:* el consentimiento de atención médica que se firma al registrarse para los servicios de salud incluye una declaración de que en el caso que se requieran servicios de caridad, se debe solicitar la determinación de elegibilidad al momento de la admisión al hospital o al recibir una factura o estado de cuenta detallado.
 - b. *Asesoramiento Financiero:* se exhorta a los pacientes del MHHS a buscar información del consejero financiero de su hospital si anticipan dificultades para pagar su parte de la factura del hospital. Nuestros asesores financieros harán todos los esfuerzos posibles para ayudar a los pacientes que no están asegurados, que tienen seguro insuficiente o enfrentan otros desafíos financieros asociados con el pago de los servicios de atención médica que brindamos. Los asesores financieros pueden evaluar a los pacientes para determinar su elegibilidad para una variedad de programas financiados por el gobierno, ayudar con una compensación laboral o reclamo de responsabilidad civil, establecer un plan de pago de largo plazo o ayudar a los pacientes a solicitar la Asistencia Financiera.
 - c. *Resumen y Solicitud en Lenguaje Sencillo:* una copia en papel del resumen en lenguaje sencillo de la FAP del MHHS y una copia en papel de la solicitud de Asistencia Financiera se pondrán a disposición de todos los pacientes a primera hora de servicio. El MHHS tendrá disponibles, previa solicitud, ejemplares impresos gratuitos de estos documentos en el departamento de emergencias y áreas de registro. Los ejemplares impresos gratuitos también están disponibles por correo o llamando al 713-338-5502 o 1-800-526-2121, Opción 5.
 - d. *Copias Traducidas Disponibles:* el MHHS traduce su FAP, Resumen en Lenguaje Sencillo, solicitud de Asistencia Financiera y Política de Facturación y Cobros para personas con dominio limitado del inglés que representen menos del cinco por ciento (5 %) o 1,000 personas de la comunidad atendida por sus instalaciones hospitalarias. El MHHS tendrá disponibles, previa solicitud, ejemplares impresos gratuitos de estos documentos en el sitio web del MHHS y en el departamento de

emergencias y áreas de registro. Los ejemplares impresos gratuitos también están disponibles por correo, llamando al 713-338-5502 o 1-800-526-2121, Opción 5.

- e. *Señalización*: toda la señalización de Asistencia Financiera se publicará clara y notoria en lugares que sean visibles para el público, incluidos, entre otros, el departamento de emergencias del MHHS y las áreas de registro de pacientes. La señalización indicará que la Asistencia Financiera está disponible y el número de teléfono para comunicarse con un asesor financiero para obtener más información.
- f. *Sitio Web*: los sitios web del MHHS publicarán un aviso en un lugar prominente notificando que está disponible la Asistencia Financiera, con una explicación del proceso de solicitud de la misma. El MHHS publicará esta FAP con una lista de proveedores que están cubiertos y no están cubiertos por la misma, el Resumen en Lenguaje Sencillo, la solicitud de Asistencia Financiera y la Política de Facturación y Cobros en el sitio web del MHHS: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>
- g. *Facturas y estados de cuenta del paciente*: los estados de cuenta de los pacientes incluirán una solicitud para que éstos informen al MHHS de cualquier cobertura de seguro de gastos médicos disponible e incluirán un aviso de la FAP del MHHS, un número de teléfono para solicitar Asistencia Financiera y la dirección del sitio web donde se pueden obtener los documentos de la Asistencia Financiera.
- h. Correo o fax: los pacientes pueden enviar por correo o por fax una solicitud por escrito de copias gratuitas de estos documentos a la siguiente dirección e incluir el nombre completo y la dirección postal de la persona a la que desean que el MHHS envíe las copias.

Memorial Hermann Health System
A la atención de: Asistencia Financiera
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024
FAX: 713-338-6500

- 2. *Determinación de Elegibilidad*: la Asistencia Financiera se determina de acuerdo con procedimientos que implican una evaluación individual de necesidad financiera. Estos procedimientos se describen a continuación:
 - a. Una determinación de Presunta Elegibilidad se completa de acuerdo con los criterios que se describen en la Sección 4 del Procedimiento a continuación. Si un paciente es Presuntamente Elegible para Asistencia

Financiera, no se requiere una solicitud de Asistencia Financiera. Sin embargo, se espera que el paciente o el garante cooperen con el proceso de evaluación y proporcione información personal y financiera, así como documentación relevante para tomar una determinación de Presunta Elegibilidad;

- b. Un proceso de solicitud de Asistencia Financiera, en el cual se espera que el paciente o garante coopere y proporcione información personal o financiera y documentación relevante para hacer una determinación de necesidad financiera;
- c. El MHHS hará los esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para la FAP para incluir la entrega de una notificación al paciente sobre la FAP del MHHS en un Resumen en Lenguaje Sencillo antes del alta del hospital. Además, el MHHS tomará las siguientes medidas para informar a los pacientes acerca de la FAP del MHHS:
 - i. *Solicitudes Incompletas*: si el paciente y/o la familia envían una solicitud incompleta, el MHHS emitirá una notificación por escrito describiendo la información o documentación adicional necesaria dentro de los cuarenta y cinco (45) días posteriores a la recepción de la solicitud inicial.
 - ii. *Estados de Cuenta del Paciente*: los estados de cuenta del paciente incluirán una declaración en la que el paciente se hace responsable de informar al MHHS de cualquier cobertura de seguro de gastos médicos disponible, e incluirán un aviso de la FAP del MHHS, un número de teléfono para solicitar Asistencia Financiera y la dirección del sitio web donde se pueden obtener los documentos de Asistencia Financiera.
 - iii. *Sitio web del MHHS*: los sitios web del MHHS publicarán un aviso en un lugar prominente notificando que está disponible la Asistencia Financiera, con una explicación del proceso de solicitud de la misma. En el sitio web del MHHS: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>, El MHHS publicará esta FAP con una lista de proveedores que están cubiertos y no están cubiertos por la misma, el Resumen en Lenguaje Sencillo, la solicitud de Asistencia Financiera y la Política de Facturación y Cobros.
 - iv. *Documentos Disponibles Previa Solicitud*: el MHHS contará con ejemplares impresos gratuitos de su FAP con una lista de proveedores que están cubiertos y no están cubiertos por la misma, el Resumen en Lenguaje Sencillo, la solicitud de Asistencia Financiera y la Política de Facturación y Cobros disponibles, previa solicitud, en el departamento de emergencias y áreas de registro.

- d. El uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que brindan información sobre la capacidad de pago de un paciente o garante, incluidas las puntuaciones de crédito a través de TransUnion o Experian;
 - e. Una revisión de las cuentas por cobrar pendientes del paciente por servicios anteriores suministrados por el MHHS, así como el historial de pago o morosidad del paciente;
 - f. Los niveles de Asistencia Financiera proporcionados por el MHHS se basan en los ingresos, el tamaño de la familia y el FPL. Los pacientes no asegurados y asegurados pueden solicitar Asistencia Financiera; y
 - g. La elegibilidad del paciente para Asistencia Financiera se basará en los criterios que se detallan a continuación y puede variar según el estado financiero del paciente, las circunstancias financieras atenuantes y la disponibilidad de beneficios de atención médica de terceros. Los lineamientos de elegibilidad se revisarán anualmente después de que el gobierno federal publique los lineamientos del FPL. Las familias con ingresos que exceden los lineamientos que se detallan a continuación pueden ser evaluadas para la consideración del plan de pago.
3. *Elegibilidad para Asistencia Financiera del Paciente:* con base en el FPL, se utilizarán los siguientes criterios para determinar los descuentos ofrecidos a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que califiquen para recibir Asistencia Financiera. A los pacientes con seguro insuficiente se les debe facturar su seguro antes de calificar para caridad. Los descuentos proporcionados a pacientes que califican para Asistencia Financiera se revisarán en comparación con los límites de porcentaje de AGB para garantizar que a los pacientes no se les cobre más que los AGB.

a. Atención Médica Gratuita:

- i. Si el Ingreso Familiar Bruto Anual de un paciente no asegurado es igual o menor al doscientos por ciento (200 %) de los Lineamientos de Pobreza Federales actuales, tal como se establece en la Tabla de Elegibilidad de Asistencia Financiera Basada en el Ingreso Bruto (Anexo A: Cálculo de los Importes Generalmente Facturados), el paciente (u otra parte responsable) tendrá derecho a recibir atención médica gratuita (100 % de descuento) y no adeudará ninguna cantidad del saldo de la cuenta.
- ii. Los pacientes que tienen cobertura primaria de salud a través de Medicare y están calificados para cobertura secundaria a través de Medicaid recibirán un descuento del cien por ciento (100 %) sobre

cualquier saldo restante después de facturar a Medicaid y recibir un reclamo adjudicado del THMP o del pagador Representante de Medicaid.

b. Atención Médica con Descuento:

- i. Los pacientes y/o individuos cuyo Ingreso Familiar Bruto Anual exceda el doscientos por ciento (200 %) pero no más del cuatrocientos por ciento (400 %) de los Lineamientos de Pobreza Federales actuales pueden ser elegibles para un descuento de cargos al importe generalmente facturado (AGB) a pacientes asegurados.
- ii. Los pacientes que tienen un saldo pendiente de la cuenta adeudada en sus facturas del hospital pueden ser elegibles para un descuento si se cumple con todos los siguientes criterios: 1) el saldo excede el diez por ciento (10 %) del Ingreso Familiar Bruto Anual de la persona; 2) no pueden pagar la totalidad o una parte del saldo restante de la factura; y 3) el saldo de la factura es de al menos \$ 5,000. Bajo estas circunstancias, se espera que el paciente o el garante cooperen con el proceso de la FAP y proporcionen información personal o financiera, así como documentación relevante para tomar una determinación de elegibilidad. Si se aprueba, el paciente será responsable de pagar no más del diez por ciento (10 %) de su Ingreso Familiar Bruto Anual hacia los saldos restantes de la cuenta o se aplicará un descuento de AGB, lo que sea menor y más beneficioso para la situación financiera del paciente.

4. *Presunta Elegibilidad:* se puede determinar que los pacientes no asegurados son elegibles para Asistencia Financiera en función de la presencia de uno de los criterios enumerados a continuación. Después de que se haya demostrado al menos un criterio, no se solicitará ningún otro comprobante de ingresos. La siguiente lista es representativa de las circunstancias en las que el ingreso familiar de un paciente es menos de dos veces el FPL y el paciente es elegible para una reducción del cien por ciento (100 %) de los cargos médicamente necesarios. El examen de Presunta Elegibilidad para un paciente no asegurado debe completarse tan pronto como sea posible después de recibir los servicios médicamente necesarios y antes de la emisión de cualquier factura por dichos servicios. Cuando se le notifique acerca de un posible estado de Presunta Elegibilidad, el MHHS retendrá cualquier estado de cuenta del paciente por treinta (30) días durante la finalización del proceso de evaluación de Presunta Elegibilidad. Los pacientes con un seguro de terceros (que no sean programas de asistencia estatales o locales como Medicaid) no serán considerados para

Presunta Elegibilidad y se les pedirá que presenten una solicitud de asistencia financiera.

- a. Los pacientes no asegurados que cumplan los siguientes criterios se considerarán Presuntamente Elegibles para una reducción del cien por ciento (100 %) de los cargos emergentes o médicamente necesarios:
 - i. Sin hogar o que recibió atención de una clínica para personas sin hogar;
 - ii. Participación en programas para mujeres, bebés y niños (WIC, en inglés);
 - iii. Elegibilidad para cupones de alimentos;
 - iv. Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, en inglés);
 - v. Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales (p. ej., reducción de gastos de Medicaid);
 - vi. Vivienda de bajos ingresos/subsidiada que se proporciona como una dirección válida;
 - vii. Recepción de subsidios para servicios médicos;
 - viii. Incapacidad mental sin nadie para actuar en nombre del paciente;
 - ix. Bancarrota personal reciente;
 - x. Encarcelamiento en una institución penal;
 - xi. El paciente ha fallecido sin un patrimonio conocido; o
 - xii. Según lo determinado por un modelo de puntaje electrónico (se describe a continuación).

- b. **Modelo de Puntaje Electrónico:** cuando un paciente o garante no asegurado no completa la solicitud de la FAP o no proporciona la documentación financiera necesaria para determinar la elegibilidad, la cuenta se puede evaluar utilizando un modelo de puntuación electrónica (ESM, en inglés) que deriva los puntajes según los criterios para incluir la clase financiera, ajuste de caridad anterior, empleo, código postal, edad, historial de pagos, deuda incobrable anterior, saldo de cuenta y fuente de admisión. Si el puntaje del ESM indica una alta probabilidad de que la cuenta califique para la FAP, la cuenta no asegurada recibirá presuntamente un descuento FAP de acuerdo con esta Política.

5. *Cronología de Elegibilidad:*

- a. Para los pacientes no asegurados, las determinaciones de Asistencia Financiera y Presunta Elegibilidad serán efectivas retroactivamente para todos los saldos abiertos de autopago y el evento actual de atención médica. La elegibilidad de los pacientes se determinará en función de los factores descritos en la Sección 3 del Procedimiento y no estará en desventaja por realizar pagos puntuales u oportunos. Además, al paciente que complete una Solicitud de Asistencia Financiera se le otorgará Asistencia Financiera adicional de manera anticipada durante seis meses

sin necesidad de que el paciente tome otras medidas. El paciente deberá comunicar al MHHS cualquier cambio importante en su situación financiera que ocurra durante el período de seis (6) meses que pueda afectar la determinación de elegibilidad de Asistencia Financiera, dentro de los treinta (30) días posteriores al cambio. El hecho de que un paciente no divulgue una mejora sustancial en el ingreso familiar puede anular cualquier cláusula de Asistencia Financiera por parte del MHHS después de que se produzca la mejora sustancial.

6. *Servicios Emergentes o Medicamento Necesarios*: la asistencia financiera se limita a servicios emergentes o medicamento necesarios suministrados en un entorno hospitalario. Nada en esta sección tiene la intención de cambiar las obligaciones o prácticas del MHHS conforme a la ley federal o estatal con respecto al tratamiento de afecciones médicas de emergencia sin importar la capacidad de pago del paciente.

7. *Proceso de Solicitud*

- a. *Cómo Solicitar*: Se debe completar y enviar una solicitud de Asistencia Financiera, junto con la documentación de respaldo. Las copias gratuitas de la solicitud están disponibles para descargar en el sitio web del MHHS en: <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram>. También pueden obtenerse de forma gratuita ejemplares impresos, previa solicitud, en el departamento de emergencias y áreas de registro del hospital. Los ejemplares impresos gratuitos también están disponibles por correo o llamando al 713-338-5502 o 1-800-526-2121, Opción 5.
- b. Los solicitantes pueden enviar la solicitud completa y los documentos de respaldo al asesor financiero del hospital o por correo a la dirección que figura a continuación. Los pacientes pueden localizar a un asesor financiero del hospital visitando el mostrador de información y solicitar hablar con él o ella. Para preguntas sobre el proceso de solicitud, asistencia para completar la solicitud o para verificar el estado de una solicitud presentada, los asesores financieros de los hospitales están disponibles para ayudar en persona en el hospital o puede llamar al 713-338-5502 o al 1-800-526-2121, Opción 5.
- c. Dónde enviar las solicitudes completas:

Memorial Hermann Health System
A la atención de: Asistencia Financiera
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024

-O-

FAX: 713-338-6500

- d. Las solicitudes para la consideración de Asistencia Financiera o Presunta Elegibilidad pueden ser iniciadas por cualquiera de las siguientes personas dentro del Período de Solicitud: (i) el paciente o garante; (ii) un representante del paciente o garante; (iii) un representante del MHHS en nombre del paciente/solicitante; o (iv) el médico tratante del paciente.
- e. Sin perjuicio de las consideraciones descritas en otras partes de esta FAP, es responsabilidad del paciente cooperar y participar plenamente en el proceso de solicitud de Asistencia Financiera. Esto incluye proporcionar información sobre cualquier cobertura de salud de terceros disponible; proporcionar de manera oportuna y directa toda la documentación y certificaciones necesarias para solicitar fondos a través del gobierno u otros programas (p. ej., Medicare, Medicaid, responsabilidad de terceros, Fondos de Víctimas del Crimen, etc.) o para determinar la elegibilidad del paciente para otra Asistencia Financiera. De lo contrario, puede afectar negativamente la consideración de la solicitud de Asistencia Financiera del paciente. Se les solicita a los pacientes que proporcionen la información, la certificación y los documentos dentro de los treinta (30) días posteriores a la solicitud del MHHS, a menos que se presenten circunstancias apremiantes ante el MHHS. Excepto en casos de Presunta Elegibilidad, el paciente (o garante/representante) debe completar y firmar la solicitud de Asistencia Financiera.
- f. Un consejero financiero puede ayudar al solicitante en el proceso de solicitud de Asistencia Financiera. Si el paciente ha fallecido y no se ha identificado a una parte responsable, un representante del MHHS puede generar la solicitud y completarla con la información y los documentos disponibles.

8. *Ingreso Familiar.*

- a. El paciente puede proporcionar uno o más de los siguientes documentos para establecer el ingreso familiar, si dichos documentos están disponibles. Si en la familia del paciente hay más de una persona que cuente con empleo, cada persona debe presentar uno o más de los siguientes documentos:
 - i. La declaración de impuestos federales más recientemente presentada;
 - ii. Los formularios W-2 y 1099 más recientes;

- iii. El talón de pago más reciente (o, si corresponde, copia de la declaración de desempleo, carta del seguro social, etc.);
 - iv. Una declaración del empleador si se paga en efectivo; o
 - v. Cualquier otra verificación de un tercero con respecto a los ingresos familiares.
- b. Una solicitud de Asistencia Financiera no se considerará incompleta debido a la falta de documentación, si el paciente ha proporcionado al menos uno de los documentos que reflejan los ingresos de cada miembro de la familia (incluido el paciente) mencionado anteriormente y ha firmado la certificación, o en el caso de un paciente que no puede proporcionar dichos documentos, que ha firmado la certificación.
- c. Excepto en casos de Presunta Elegibilidad, el solicitante debe firmar la certificación de la solicitud. El MHHS puede rescindir o modificar una determinación si la evidencia posterior demuestra que el solicitante proporcionó información materialmente falsa.

Documentación Adicional: La FAP del MHHS no requiere documentación de activos o gastos. Sin embargo, los solicitantes pueden optar por proporcionar documentación adicional sobre activos, gastos, ingresos, deudas pendientes u otras circunstancias que muestren dificultades financieras para respaldar una solicitud de Asistencia Financiera igual o mayor a los montos a los que son elegibles de conformidad con esta FAP.

9. *Información Falsa o Engañosa:* Si se determina que un solicitante ha proporcionado intencionalmente información materialmente falsa o engañosa con respecto a su capacidad para pagar los gastos médicos, el MHHS puede denegar las aplicaciones actuales o futuras del solicitante. En el caso de información falsa proporcionada en ausencia de mala fe, el MHHS basará su determinación en la información corregida. Si la Asistencia Financiera ya se ha otorgado con base en el suministro intencional de información materialmente falsa del paciente, el MHHS puede anular la concesión previa de Asistencia Financiera, en cuyo caso el MHHS conserva todos los derechos legales para solicitar el pago por parte del paciente de cualquier cantidad que pueda adeudarse. Si el suministro de información materialmente falsa no fue intencional, el MHHS revisará la determinación basada en la información corregida.

REFERENCIAS CRUZADAS:

Política de Transferencia del Paciente (cumplimiento de la Ley de Trabajo Activo y Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA, en inglés) y la Ley de Transferencia de Texas) Resumen de Asistencia Financiera en Lenguaje Sencillo
Política de Facturación y Cobros de la Solicitud de Asistencia Financiera

ANEXOS:

Anexo A: Cálculo de los Importes Generalmente Facturados

Anexo B: Lineamientos de Pobreza Federales

Continúa en la siguiente página.

Anexo A: Cálculo de los Importes Generalmente Facturados

Los Importes Generalmente Facturados se basan en el proceso de facturación y codificación que el MHHS utiliza para la tarifas de Medicare por servicios de emergencia o medicamento necesarios. El pago total permitido de Medicare se dividirá entre el total de los cargos facturados por dichos reclamos y ese número se restará de 1 para calcular el porcentaje de AGB.

% de AGB para IP (Paciente internado) = Pago permitido de IP de Medicare / Cargos totales de IP de Medicare

% de AGB para OP (Paciente ambulatorio) = Pago permitido de OP de Medicare / Cargos totales de OP de Medicare

Sobre una base anual, el AGB se calcula por separado para cada hospital, pero todos los hospitales del MHHS adoptarán el porcentaje más bajo de AGB de todos los hospitales.

Centro	Pacientes internados	Pacientes ambulatorios
Memorial Hermann Greater Heights Hospital	32 %	12 %
Memorial Hermann – Texas Medical Center	30 %	26 %
Memorial Hermann Katy Hospital	30 %	11 %
Memorial Hermann Rehabilitation Hospital – Katy	49 %	17 %
Memorial Hermann Memorial City Medical Center	30 %	15 %
Memorial Hermann Northeast Hospital	31 %	13 %
Memorial Hermann Southeast Hospital	33 %	13 %
Memorial Hermann Southwest Hospital	30 %	13 %
Memorial Hermann Sugar Land Hospital	31 %	13 %
Memorial Hermann The Woodlands Medical Center	31 %	12 %
TIRR Memorial Hermann	31 %	22 %
Memorial Hermann Surgical Hospital - First Colony	30 %	13 %
Memorial Hermann Surgical Hospital - Kingwood	30 %	14 %
Memorial Hermann Tomball Hospital	N/A	11 %
Memorial Hermann First Colony Hospital	N/A	13 %

Las cantidades de AGB del año fiscal 2019 (julio de 2018 – junio de 2019) son las siguientes:

Importes Generalmente Facturados para OP (Pacientes ambulatorios): 11 %

Importes Generalmente Facturados para IP (Pacientes internados): 30 %

Continúa en la siguiente página.

Anexo B: Lineamientos de Pobreza Federales

La Tabla de Elegibilidad de Asistencia Financiera con Base en el Ingreso Bruto Mensual se revisa cuando se realizan cambios en los Lineamientos de Pobreza Federales. La tabla se actualiza anualmente.

La Tabla de Elegibilidad de Asistencia Financiera con Base en el Ingreso Bruto Mensual se refiere a la tabla de ingresos actuales que el MHHS utiliza para determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera según esta FAP.

La Tabla de Elegibilidad de Asistencia Financiera con Base en el Ingreso Bruto Mensual Familiar se basa en los Lineamientos de Pobreza Federales y la Tabla de Elegibilidad del Distrito Hospitalario del Condado de Harris, modificada ocasionalmente por las respectivas agencias gubernamentales; dicha tabla está disponible para su revisión.

Consulte la siguiente tabla:

Memorial Hermann Health System						
Tabla de Elegibilidad de Asistencia Financiera con Base en el Ingreso Bruto						
Lineamientos de Pobreza Federales 2019 (FPG)						
Ingreso bruto anual o mensual para ser elegible para asistencia financiera según el tamaño de la familia.						
	100 % de FPG		200 % de FPG		400 % FPG	
Tamaño de la familia	Ingresos anuales	Ingreso mensual	Ingresos anuales	Ingreso mensual	Ingresos anuales	Ingreso mensual
1	\$12,490	\$1,041	\$24,980	\$2,082	\$49,960	\$4,163
2	\$16,910	\$1,409	\$33,820	\$2,818	\$67,640	\$5,637
3	\$21,330	\$1,778	\$42,660	\$3,555	\$85,320	\$7,110
4	\$25,750	\$2,146	\$51,500	\$4,292	\$103,000	\$8,583
5	\$30,170	\$2,514	\$60,340	\$5,028	\$120,680	\$10,057
6	\$34,590	\$2,883	\$69,180	\$5,765	\$138,360	\$11,530
7	\$39,010	\$3,251	\$78,020	\$6,502	\$156,040	\$13,003
8	\$43,430	\$3,619	\$86,860	\$7,238	\$173,720	\$14,477
<i>Para unidades familiares de más de 8 personas, agregue \$4,420 por cada persona adicional para determinar el Lineamiento de Pobreza Federal.</i>						