

POLÍTICA DEL SISTEMA DE SALUD MEMORIAL HERMANN

NOMBRE DE LA POLÍTICA: Política de Asistencia Financiera (FAP)

FECHA DE PUBLICACIÓN: 10 de mayo de 2016

VERSIÓN: 3

PROPÓSITO DE LA POLÍTICA:

El propósito de esta **Política de Asistencia Financiera (“FAP”, por sus siglas en inglés)** es especificar:

- Qué criterios de elegibilidad hay para la Asistencia Financiera en forma de cuidados gratuitos o con descuento.
- Cómo solicitar la Asistencia Financiera.
- Cómo calcula el Hospital los montos a pagar por los pacientes.
- Cómo la FAP está ampliamente difundida en la comunidad atendida por el Hospital.
- Qué acciones llevará a cabo el Hospital en caso de impago.
- El cumplimiento de las leyes y reglamentos estatales y federales aplicables.

ALCANCE:

Esta política se aplica a los hospitales del Sistema de Salud Memorial Hermann sin fines de lucro.

RESUMEN DE LA POLÍTICA:

El Sistema de Salud Memorial Hermann (en adelante, “Memorial Hermann”) gestiona varios hospitales sin fines de lucro que atienden las necesidades de salud en Harris, Montgomery, Fort Bend y los condados circundantes. Los hospitales proporcionan beneficios comunitarios que incluyen la Asistencia Financiera de acuerdo con esta política.

1. Memorial Hermann lleva a cabo una Evaluación de las Necesidades de Salud de la Comunidad (“CHNA”, por sus siglas en inglés) al menos una vez cada tres (3) años, tras la cual cada hospital adopta estrategias para satisfacer las necesidades de salud de la comunidad identificadas a través de la CHNA.
2. Para determinar si una persona es elegible para obtener la Asistencia Financiera, esta debe presentar una solicitud de Asistencia Financiera. Esta FAP describe cómo solicitarla y especifica los criterios de elegibilidad que debe cumplir una persona para recibir la Asistencia Financiera en forma de cuidados gratuitos o con descuento. La información y la documentación requeridas para presentar la solicitud de la FAP también se establecen en este documento.

3. Esta FAP se aplica a todos los cuidados de emergencia y otra atención médica necesaria proporcionados por el Hospital para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones. Esta FAP no se aplica a los procedimientos opcionales. El Hospital determinará si un servicio es elegible para la Asistencia Financiera según los parámetros de esta política.
4. Los servicios profesionales médicos no están cubiertos por esta FAP. Los servicios profesionales prestados por los médicos tratantes, auxiliares médicos o el personal clínico de práctica avanzada en el Departamento de Emergencias y todos los demás departamentos del Hospital, así como los servicios profesionales prestados por radiólogos, patólogos y cualquier otro médico tratante, tampoco están cubiertos por esta FAP.
5. Si un paciente tiene recursos de pago potenciales, tales como acuerdos de ingresos de terceros, entre otros, el paciente no será elegible para recibir la Asistencia Financiera.
6. Si un solicitante de la FAP es o puede ser elegible para fondos de programas locales, estatales o federales que cubren parte o la totalidad de los costos de los servicios de salud, el solicitante de la FAP deberá solicitar dichos programas antes de que se lleve a cabo la determinación de elegibilidad de esta FAP. El Hospital proporcionará asistencia para completar las solicitudes de dichos programas.
7. El Hospital no negará la Asistencia Financiera de esta FAP basándose en el hecho de que el solicitante no presente información o documentación que el Hospital no especifique en esta FAP o en el formulario de solicitud de la FAP. Asimismo, el Hospital notificará al individuo por escrito la decisión sobre su elegibilidad de acuerdo a esta FAP y los motivos de la decisión.
8. Las acciones que el Hospital puede tomar en caso de impago se describen en términos generales en esta FAP. El Hospital hará esfuerzos razonables por determinar si una persona es elegible para recibir asistencia en virtud de la presente FAP antes de emprender cualquier Acción de Cobro Extraordinaria (ECA, por sus siglas en inglés). Si se determina que la persona es elegible para recibir la FAP, no se le cobrará más por una emergencia ni por ninguna otra atención médica necesaria que los Montos Generalmente Facturados (AGB, por sus siglas en inglés) a las personas que tienen un seguro de salud con cobertura de dicha atención médica.

I. CÓMO SOLICITAR LA ASISTENCIA FINANCIERA:

Es necesario completar, firmar y presentar una solicitud de Asistencia Financiera, así como la documentación necesaria establecida en esta política con el fin de determinar si una persona califica para recibir Asistencia Financiera.

II. CÓMO Y CUÁNDO OBTENER UNA SOLICITUD:

La solicitud de Asistencia Financiera se puede obtener de la siguiente manera:

- Desde el Departamento de Admisión/Registro del Hospital

- Pidiendo una solicitud por teléfono al 713-338-5502 o al 1-800-526-2121
- Pidiendo una solicitud por correo a la siguiente dirección:

**Memorial Hermann
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024
Attn: *Financial Assistance***

- Descargando una solicitud desde el sitio web del Sistema de Salud Memorial Hermann:

<http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>

III. PLAZO PARA SOLICITAR LA ASISTENCIA FINANCIERA:

1. Plazo de solicitud: Una persona puede solicitar la Asistencia Financiera desde la fecha de servicio hasta 240 días después de que se le entregue la primera factura (en adelante, "Plazo de Solicitud"). Durante el Plazo de Solicitud el paciente o cualquier otra persona responsable del paciente puede solicitar la Asistencia Financiera en virtud de la presente FAP completando la solicitud y enviándola de nuevo al Hospital junto con la documentación requerida.
2. Durante el Plazo de Solicitud el Hospital aceptará y procesará todas las solicitudes presentadas. Esto será así incluso si el hospital puede emprender/ha emprendido una o más de las Acciones de Cobro Extraordinarias (ECA) que se describen en esta política durante el Plazo de Solicitud.
3. Cuando se recibe una solicitud durante este Plazo de Solicitud de 240 días, todas las ECA serán suspendidas en espera de la determinación de la elegibilidad de la persona para la Asistencia Financiera; y, si se establece que dicha persona es elegible para la Asistencia Financiera (tal como se describe en el presente documento), este Hospital tomará medidas para revertir las ECA que se hayan emprendido, incluso si las acciones eran permisibles cuando se llevaron a cabo.

IV. DÓNDE ENVIAR LA SOLICITUD COMPLETADA Y LA DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

La solicitud completada y la documentación requerida para recibir Asistencia Financiera pueden presentarse por los siguientes medios:

- En el Departamento de Admisión/Registro del Hospital; o
- Por correo a la siguiente dirección:

**Memorial Hermann
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024
Attn: *Financial Assistance***

V. CÓMO OBTENER AYUDA PARA COMPLETAR O PRESENTAR LA SOLICITUD:

Este Hospital debe proporcionar ayuda para obtener, completar o presentar la solicitud y cualquier persona puede obtener dicha ayuda comunicándose con la dirección indicada anteriormente o llamando al número de teléfono que aparece a continuación.

Para preguntas con respecto a la solicitud de Asistencia Financiera, por favor, comuníquese con la oficina administrativa del Hospital directamente o llame al **713-338-5502** o al **1-800-526-2121**.

VI. NOTIFICACIÓN DE QUE UNA PERSONA HA RECIBIDO LA APROBACIÓN PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA:

El Hospital notificará a la persona por escrito de la determinación de elegibilidad de acuerdo a esta FAP y de los motivos para dicha determinación. Si no es posible establecer la elegibilidad debido a la falta de información o de documentación, la persona también será notificada por escrito.

VII. CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA:

El monto de Asistencia Financiera al que puede optar una persona dependerá de varios factores. Se tendrán en cuenta los siguientes factores a fin de determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera:

1. El hecho de si el paciente recibió cuidados médicos y tratamiento no opcionales y médicamente necesarios.
2. Los ingresos anuales brutos de la familia del paciente o de la parte responsable de la factura del paciente.
3. El número de miembros de la familia del paciente o de la parte responsable de la factura del paciente.
4. La situación laboral y la capacidad para obtener ingresos.
5. Otros recursos financieros que estén potencialmente disponibles para pagar por los servicios de salud prestados, incluidos, entre otros, los recursos financieros potenciales de un tercero que pueda haber causado las lesiones del paciente, o de las coberturas de seguros, tales como la cobertura contra conductores sin seguro o con seguro insuficiente, la protección contra lesiones personales, la cobertura de pagos médicos (*Med-Pay*), la cobertura de seguro de compensación para trabajadores (*Workers Compensation*), o de los fondos de reclamaciones como los fondos de la Ley de Compensación a Víctimas de Delito o de procesos estatales o de sucesión, entre otros.
6. La disponibilidad de un seguro de salud.
7. El importe de la factura del hospital/médica.

8. Las Guías Federales de Pobreza y las definiciones de “familia”, “ingresos” y “exclusión de los ingresos” como se indica en estas directrices federales.
9. El hecho de si el cuidado gratuito y/o con descuento está disponible a través de los programas del gobierno o en otras instalaciones hospitalarias designadas.

VIII. INFORMACIÓN Y/O DOCUMENTACIÓN QUE SE DEBE PRESENTAR CON LA SOLICITUD COMPLETADA:

La siguiente información y/o documentación es obligatoria con el fin de determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera:

1. Uno de los siguientes documentos como prueba de identidad:
 - a. Licencia de manejar emitida por el estado
 - b. Cédula de identidad emitida por el estado
 - c. Cédula de estudiante con fotografía
 - d. Cédula de identificación de empleado con fotografía
 - e. Pasaporte con fotografía
 - f. Documentos de inmigración de los EE. UU. con fotografía
 - g. Tarjeta de crédito con fotografía
 - h. Cédula de identidad emitida por un consulado extranjero con fotografía
2. Si no tiene una identificación con fotografía, puede utilizar uno de los siguientes documentos:
 - a. Certificado de nacimiento
 - b. Licencia de matrimonio
 - c. Certificado de naturalización o de ciudadanía estadounidense u otro documento federal que indique su identidad
 - d. Documentos de adopción
3. Uno de los siguientes documentos como prueba de ingresos:
 - a. Declaración de impuestos sobre los ingresos del año anterior
 - b. Dos últimos recibos de sueldo
 - c. Recibo de confirmación de la prestación por desempleo con el cheque por desempleo más reciente
 - d. Cheque del Seguro Social y/o carta en vigencia de concesión de ayuda económica del Seguro Social indicando el monto de dinero que recibe
 - *Para pacientes de Medicare:* también deben proporcionar una copia de la declaración más reciente de impuestos sobre los ingresos; si no se proporciona dicha documentación, el paciente podría calificar para la presunta Asistencia Financiera si:
 - e. Presenta una carta de su empleador indicando el nombre del empleado, su ocupación, el salario por hora, el número de horas del contrato.
 - f. Presenta una carta de apoyo, si procede.

4. Cualquier seguro de salud y/o información sobre la cobertura de salud, si los hay.

IX. PAUTAS SOBRE INGRESOS UTILIZADAS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA LA ASISTENCIA FINANCIERA:

Atención gratuita:

Si los Ingresos Familiares Brutos Anuales de un paciente sin seguro son iguales o inferiores a un doscientos por ciento (200%) del actual Índice Federal de Pobreza, como se establece en la Tabla de los Ingresos Mensuales Brutos para la Elegibilidad para Asistencia Financiera del Hospital, el paciente (u otra parte responsable) tendrá derecho a atención gratuita y no tendrá que pagar ninguna parte del saldo de la cuenta.

Atención con descuento:

Los pacientes/individuos cuyos Ingresos Familiares Brutos Anuales sobrepasen el doscientos por ciento (200%) del actual Índice Federal de Pobreza, pero no excedan un cuatrocientos por ciento (400%) del actual Índice Federal de Pobreza, serán elegibles para un descuento, en el supuesto de que cumplan los demás criterios de elegibilidad establecidos en esta FAP.

Aquellos pacientes/personas elegibles para un descuento que no tengan seguro serán responsables de pagar no más que los Montos Generalmente Facturados (AGB) de los saldos restantes de las cuentas pendientes de pago al Hospital. El porcentaje del cual el paciente sería responsable es menor que los AGB. Los AGB de Memorial Hermann y/o del Hospital se calculan tomando el reembolso promedio como un porcentaje del total de reclamaciones permitido durante el año anterior por todas las compañías de seguros de salud privadas que pagan las reclamaciones al Hospital.

Descuentos adicionales:

Los pacientes que tengan un saldo de la cuenta pendiente de pago al Hospital que supere el veinte por ciento (20%) de los Ingresos Familiares Brutos Anuales de la persona y sean incapaces de pagar la totalidad o una parte del saldo restante, y el saldo de la cuenta sea por lo menos de 5,000 dólares, serán responsables del pago de no más del veinte por ciento (20%) de sus Ingreso Familiares Brutos para los saldos restantes de las cuentas.

****La Tabla de los Ingresos Mensuales Brutos para la Elegibilidad para Asistencia Financiera se revisa cuando se hacen cambios en las Guías Federales de Pobreza. La tabla está disponible en:***

[Federal Poverty Guidelines](#) (Guías Federales de Pobreza)

X. PACIENTES CUBIERTOS POR MEDICARE O QUE CALIFICAN PARA MEDICAID U OTROS PROGRAMAS PÚBLICOS DE ASISTENCIA:

1. Los pacientes que tienen cobertura de atención primaria de la salud a través de Medicare y también califican para Medicaid como cobertura secundaria o no tienen cobertura de seguro de salud, pero a causa de su situación financiera califican según lo

determinado por el Hospital para la atención gratuita o con descuento para otro(s) programa(s) público(s) de asistencia médica, recibirán atención gratuita para la porción restante a pagar por el paciente después de acreditar todos los pagos realizados por el programa gubernamental correspondiente (por ejemplo, porciones de costos correspondientes al paciente, incluyendo pacientes ambulatorios y beneficios agotados de los pacientes hospitalizados).

2. El paciente no debe tener demandas de responsabilidad extracontractual potenciales de terceros que podrían interponerse contra otras personas que causaron las lesiones del paciente, para las que el Hospital podría subrogarse mediante una cesión firmada por el (o en nombre del) paciente o mediante la presentación de un derecho de retención del Hospital.
3. Ejemplos de programas públicos de asistencia médica incluyen, entre otros: la *Texas Indigent Health Care and Treatment Act* (Ley de atención de la salud y tratamiento a los indigentes de Texas), el programa de asistencia del Distrito Hospitalario del Condado de Harris o algún otro programa de asistencia estatal o del condado.
4. Esta provisión de la política no incluye necesariamente a personas que, en el momento en que el Hospital proporciona la atención, están bajo vigilancia o son prisioneros en custodia de las autoridades policiales del condado, estatales o federales (es decir, *sheriffs* del condado, cárceles del condado, el Departamento de Centros Correccionales de Texas, departamentos de policía, prisiones federales, etc.) y que, debido a su encarcelamiento, tienen derecho constitucional o estatutario a recibir atención de salud.

XI. DERECHO A REVALUAR LOS CRITERIOS DE ELEGIBILIDAD Y LA CONDICIÓN DE ELEGIBILIDAD:

1. El Hospital se reserva el derecho de volver a evaluar la elegibilidad de una persona en una fecha posterior, en el caso de que existan nuevas circunstancias y/o cuando reciba información nueva o diferente.
2. El órgano de gobierno de este Hospital (por ejemplo, la Junta Directiva de Memorial Hermann) puede ajustar cada cierto tiempo los criterios de elegibilidad de un paciente (u otra persona responsable de la factura del paciente) y cambiar la Asistencia Financiera disponible para tal paciente basándose en: 1) la Evaluación de las Necesidades de Salud de la Comunidad (CHNA) realizada para este Hospital, y/o 2) los recursos financieros de este Hospital. Asimismo, se podrán realizar cambios si son necesarios para cumplir con las leyes y regulaciones aplicables.

XII. IMPACTO EN EL ESTADO DE CUENTA SI EL SOLICITANTE ES ELEGIBLE PARA RECIBIR ASISTENCIA FINANCIERA:

1. El Hospital proporcionará a la persona que hizo la solicitud y al paciente un estado de cuenta ajustado que:
 - Indique el monto que la persona debe como individuo elegible para la FAP; y

- describa cómo puede obtener información con respecto al Monto Generalmente Facturado (AGB) por la atención y a cómo el Hospital determinó el monto que la persona debe como individuo elegible para la FAP.
2. El Hospital también devolverá cualquier pago que un individuo elegible para la FAP pudiese haber hecho a este Hospital y a Memorial Hermann en exceso del monto que se haya determinado que dicho individuo debe, y tomará todas las medidas razonablemente disponibles para revertir cualquier Acción de Cobro Extraordinaria (ECA).

XIII. MEDIDAS ADOPTADAS PARA DIFUNDIR AMPLIAMENTE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP) A LA COMUNIDAD ATENDIDA POR EL HOSPITAL:

Esta FAP, el formulario de solicitud de la FAP, un resumen en con un lenguaje sencillo de esta FAP y, en algunos casos, las traducciones de estos documentos a idiomas distintos del inglés están disponibles de forma gratuita al público de las siguientes maneras:

1. La aplicación de FAP (Plan de Asistencia financiera, por sus siglas en inglés) estará disponible para todos los pacientes con costo a su cargo antes de que sean dados de alta del hospital; al mismo tiempo, esos pacientes recibirán un Resumen en Términos Sencillos de este Plan de Asistencia Financiera
2. Se publicarán para su revisión y estarán electrónicamente disponibles para imprimir o descargar desde el sitio web de Memorial Hermann: www.memorialhermann.org.
3. En la oficina administrativa del Hospital.
4. Solicitándolos por teléfono al **713-338-5502 o al 1-800-526-2121**.
5. Enviando por correo o por fax una solicitud escrita para recibir copias gratuitas de estos documentos a la dirección indicada a continuación, incluyendo el nombre completo de la persona y la dirección de correo a la que desea que el Hospital envíe las copias.

**Memorial Hermann Health System
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024
Attn: Financial Assistance
FAX: 713-338-6500**

6. En la medida en que estén disponibles, el Hospital proporcionará copias gratuitas de las traducciones a otros idiomas además del inglés (por ejemplo, el español) de la Política de Asistencia Financiera de este Hospital, el formulario de solicitud de la Política de Asistencia Financiera y un resumen con un lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera del Hospital y, en la medida en que estén disponibles, se proporcionarán copias gratuitas de las traducciones de estos documentos a un idioma en particular a quienes las soliciten. Si una persona tiene preguntas acerca de los idiomas a los que han sido traducidos estos documentos o si le gustaría recibir copias gratuitas de estos documentos traducidos a otro idioma, puede comunicarse con:

Memorial Hermann Health System
909 Frostwood
Suite 3:100
Houston, Texas 77024
Attn: Financial Assistance
Tfno.: 713-338-5502 o 1-800-526-2121
FAX: 713-338-6500

XIV. “ESFUERZOS RAZONABLES” ADOPTADOS PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD PARA LA FAP:

Se considerará que este Hospital y Memorial Hermann habrán hecho “esfuerzos razonables” por determinar si la persona es elegible para la FAP y puede emprenderse una ECA, cuando el Hospital y/o Memorial Hermann:

1. Hayan notificado a la persona acerca de esta FAP entre la fecha de la atención al paciente y los 120 días *posteriores* a la entrega al paciente por parte de este Hospital de la primera factura por la atención ofrecida (el “Plazo de Notificación”).
2. En el caso de una persona que presente una solicitud de la FAP incompleta, le hayan proporcionado un aviso por escrito que describa la información adicional y/o documentación necesaria para completar la solicitud, incluyendo un resumen con un lenguaje sencillo de la información de esta Política de Asistencia Financiera relevante para desempeñar la solicitud de la FAP.
3. En el caso de una persona que presente una solicitud de la FAP completa, hayan documentado una determinación sobre si es elegible para la FAP o, en caso contrario, si cumple con los requisitos de los Reglamentos del Tesoro.

XV. NO DISCRIMINACIÓN:

1. La atención se proporcionará a todos los pacientes que se presenten en este Hospital para ser atendidos sin distinción de raza, creencias, color, origen nacional u otras características cubiertas por la ley, incluyendo su condición de inmigración.
2. Este Hospital no discriminará en la prestación de tratamiento médico de emergencia u otra atención médica necesaria ni denegará el servicio a las personas elegibles ya sea para la Asistencia Financiera de esta FAP o para la ayuda del Gobierno.
3. Este Hospital proporcionará Asistencia Financiera en forma de atención de emergencia y otros cuidados médicos necesarios gratuitos o con descuento a las personas sin medios económicos para pagar por la atención de afecciones médicas de emergencia, de acuerdo a lo estipulado en la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd).

XVI. EVALUACIONES DE LAS NECESIDADES DE LA SALUD DE LA COMUNIDAD:

El Sistema de Salud Memorial Hermann gestiona varios hospitales sin fines de lucro que atienden las necesidades de salud en Harris, Montgomery, Fort Bend y los condados circundantes. Tal y como se describe en la Sección 501 (r) (3) del Código de Rentas Internas, se llevará a cabo una Evaluación de las Necesidades de Salud de la Comunidad (CHNA) al menos una vez cada tres (3) años, tras la cual este Hospital adoptará estrategias para satisfacer las necesidades de salud de la comunidad identificadas a través de la CHNA.

La CHNA está a disposición del público en el sitio web de Memorial Hermann's Community Benefit Corporation (Corporación de beneficios comunitarios):

<http://communitybenefit.memorialhermann.org/about-us>.

XVII. EFFECTO DE OTROS FONDOS O RECURSOS DE PAGO POTENCIALES EN UNA SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA:

1. Si un solicitante de la FAP es o puede ser elegible para fondos de programas locales, estatales o federales que cubren parte o la totalidad de los costos de los servicios de salud, el solicitante deberá solicitar dichos programas antes de que se lleve a cabo la determinación de elegibilidad de esta FAP. El Hospital proporcionará asistencia a los pacientes que soliciten dichos programas.
 - Si un paciente se niega a solicitar o completar el proceso de una solicitud para Medicaid y es probable que dicho paciente sea elegible para esa asistencia, se le denegará la solicitud de Asistencia Financiera.
2. Si un paciente tiene recursos de pago potenciales, tales como acuerdos de ingresos de terceros, entre otros, que podrían usarse para pagar por los servicios de salud prestados, dicho paciente podría no ser elegible para recibir la Asistencia Financiera de la FAP del Hospital. Este Hospital y Memorial Hermann se reservan el derecho de presentar retenciones del hospital, reivindicar responsabilidades contractuales y extracontractuales cedidas, intervenir en los pleitos de terceros y recuperar dichos fondos disponibles para pagar los servicios de atención médica prestados.

Se alentará a los pacientes que solicitan la Asistencia Financiera a buscar cobertura a través del Mercado de Seguros Médicos (Health Insurance Exchange, HIX) para ayudar a proporcionar cobertura para futuras visitas.

XVIII. CÓMO CALCULA EL HOSPITAL LOS MONTOS COBRADOS A LOS PACIENTES:

1. Si los Ingresos Familiares Brutos Anuales de un paciente sin seguro son iguales o inferiores a un doscientos por ciento (200%) del actual Índice Federal de Pobreza, como se establece en la Tabla de los Ingresos Mensuales Brutos para la Elegibilidad para Asistencia Financiera del Hospital, el paciente (u otra parte responsable) no tendrá que pagar ninguna porción del saldo de la cuenta.
2. Si los Ingresos Familiares Brutos Anuales de un paciente sin seguro sobrepasan el doscientos por ciento (200%) del actual Índice Federal de Pobreza, pero no exceden un cuatrocientos por ciento (400%) del actual Índice Federal de Pobreza, el paciente (u otra parte responsable) deberá pagar un porcentaje no superior a los Montos

Generalmente Facturados (AGB) de los saldos restantes de las cuentas pendientes de pago debidos al Hospital.

El porcentaje al que se hace referencia en el párrafo anterior será menor que los Montos Generalmente Facturados por Memorial Hermann y/o el Hospital. Los AGB se determinan tomando las reclamaciones permitidas por Medicare y todas las compañías de seguros de salud privadas que pagan las reclamaciones al Hospital del año anterior y calculando el reembolso promedio como un porcentaje de los cargos totales.

3. Las personas médicamente indigentes que sean elegibles para la Asistencia Financiera y tengan un saldo de la cuenta pendiente de pago al Hospital que supere el veinte por ciento (20%) de sus Ingresos Familiares Brutos Anuales y sean incapaces de pagar la totalidad o una parte del saldo restante, y cuando el saldo de la cuenta sea por lo menos de 5,000 dólares, serán responsables del pago de no más del veinte por ciento (20%) de su ingreso familiar bruto para los saldos restantes de las cuentas.
4. No se espera que las personas elegibles para la FAP paguen los cargos brutos para cualquier cuidado que esté cubierto por esta política. Sin embargo:
 - (i) este Hospital no tiene prohibido incluir el monto de los cargos brutos de una factura del Hospital emitida a una persona elegible para la Asistencia Financiera en virtud de la presente FAP como elemento explicativo o punto de partida al que se aplicarán varias prestaciones contractuales, descuentos o deducciones, porque los cargos brutos **no** son el monto real que una persona elegible para la FAP debe pagar por **ninguna** atención médica cubierta por esta política y proporcionada a dicha persona elegible para la FAP; y
 - (ii) este Hospital puede cobrar a una persona elegible para la FAP por la atención de emergencia u otra atención médica necesaria un monto mayor a los Montos Generalmente Facturados a las personas que tienen seguro de salud con cobertura de dicha atención médica (es decir, AGB) o gastos brutos por **cualquier** atención prestada cuando:
 - a. La persona elegible para la FAP no le haya presentado al Hospital la solicitud completa de la FAP y la documentación requerida en el momento del cargo; y
 - b. este Hospital haya hecho y siga haciendo esfuerzos razonables por determinar si la persona es elegible para la FAP, en los plazos correspondientes descritos en el Código de Rentas Internas IRC § 1.501 (r)-6(c) incluyendo la corrección del monto que se cobrará si se decide posteriormente que la persona es elegible para la FAP.

XIX. SERVICIOS PROFESIONALES Y OTROS SERVICIOS NO CUBIERTOS POR ESTA POLÍTICA:

Los honorarios médicos no están cubiertos por esta FAP. Los servicios profesionales prestados por los médicos tratantes, auxiliares médicos o el personal clínico de práctica

avanzada en el Departamento de Emergencias y todos los demás departamentos del Hospital, así como los servicios profesionales prestados por médicos de la Universidad de Texas o del Team Health Institute, o por radiólogos, patólogos y cualquier otro médico tratante, auxiliar médico o personal clínico de práctica avanzada tampoco están cubiertos por esta FAP.

Otros servicios que no están cubiertos incluyen servicios opcionales, tales como la atención en el hogar, el equipo médico duradero (DME, por sus siglas en inglés), los centros de cuidados paliativos, los centros de rehabilitación, los procedimientos programados/que no son de emergencia y otros cuidados que no sean de emergencia ni urgentes, entre otros. Cada hospital puede hacer excepciones a los servicios no cubiertos en cada caso concreto para garantizar la continuidad de la atención, según los parámetros de esta política.

XX. ACCIONES QUE EL HOSPITAL PUEDE EMPRENDER EN CASO DE IMPAGO:

Este Hospital y Memorial Hermann pueden participar en actividades de recaudación y diversas acciones, que podrían conllevar e incluir las Acciones de Cobro Extraordinarias (ECA), en el caso de que un paciente (u otra parte responsable) no proporcione la información descrita en esta FAP y/o por impago de sus copagos; siempre y cuando el Hospital y Memorial Hermann no emprendan una ECA antes de que el Hospital haya hecho esfuerzos razonables por determinar si la persona es elegible para la FAP, tal como se definen en la Sección XIV de esta política y en el Reglamento del Tesoro 1.501 (r).

La oficina corporativa de Servicios Financieros para el Paciente es responsable y tiene la autoridad final para determinar si se han hecho los esfuerzos razonables y si, por tanto, la ECA es permisible.

XXI. TÉRMINOS Y DEFINICIONES UTILIZADOS EN LA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD:

Los siguientes términos y definiciones pueden ser utilizados en esta política y en la determinación de la elegibilidad de esta FAP:

1. **“Ingresos Familiares Brutos Anuales”**: se refiere a los ingresos familiares del paciente (o la parte responsable de la factura del paciente) que pueden ser determinados bien revisando el formulario W-2 del Código de Rentas Internas (IRS) para el/los solicitante(s) o sumando todos los montos de las respuestas a las preguntas de la solicitud completada y multiplicando esa cantidad por 12.
2. **“Montos Generalmente Facturados (AGB)”**: al individuo elegible para la FAP no se le cobrará más por los cuidados de emergencia u otra atención médica necesaria que los Montos Generalmente Facturados a las personas que tienen un seguro de salud con cobertura de esa atención médica. Los AGB se calculan tomando el reembolso promedio como un porcentaje del total de reclamaciones permitido durante el año anterior por Medicare (pago por servicio) y todas las compañías de seguros de salud privadas que pagan las reclamaciones al Hospital.

3. **“Médicamente indigente”**: se refiere a los individuos que el Hospital determina que no pueden hacer frente al pago de la totalidad o de una parte de su saldo restante de la cuenta después del pago, si lo hay, por terceros pagadores; o tienen saldos de cuenta pendientes de al menos 5,000 dólares por pagar en sus facturas del Hospital, después de acreditar todos los pagos del seguro de salud, si los hay, y tal saldo de la cuenta excede en un veinte por ciento (20%) los ingresos familiares brutos anuales de la persona.
4. **“Económicamente indigente”**: se refiere a las personas para las que el Hospital determina que:
 - (i) No tienen posibles reclamaciones a terceros que podrían ser ejercidas contra otros que causaron las lesiones del paciente a los que el Hospital podría subrogarse en razón de un traspaso o de la presentación de los derechos de retención del hospital; y
 - (ii) No tienen seguro médico o cobertura médica; y
 - (iii) Sus Ingresos Familiares Brutos Anuales no superan el doscientos por ciento (200%) del actual Índice Federal de Pobreza que se incluye en la Tabla de los Ingresos Mensuales Brutos para la Elegibilidad para Asistencia Financiera de este Hospital; o
 - (iv) No tienen seguro de salud o cobertura médica para la atención del paciente y tienen unos Ingresos Familiares Brutos Anuales superiores al doscientos por ciento (200%) del actual Índice Federal de Pobreza, pero no superiores al cuatrocientos por ciento (400%) del actual Índice Federal de Pobreza.
5. **“Indigente patrocinado por el gobierno”**: se refiere a las personas para las que este Hospital y/o Memorial Hermann determinan que:
 - (i) No tienen posibles reclamaciones a terceros que podrían ser ejercidas contra otros que causaron las lesiones del paciente a los que el Hospital podría subrogarse en razón de un traspaso o de la presentación de los derechos de retención del hospital; y
 - (ii) Presentan una de las siguientes opciones: tienen cobertura primaria de la salud a través de Medicare y también califican para Medicaid como cobertura secundaria; o
 - (iii) No tienen seguro de salud o cobertura médica, pero califican, según determina el Hospital debido a sus circunstancias financieras, para cuidados gratuitos o con descuento con otro(s) programa(s) público(s) de asistencia médica (por ejemplo, la *Texas Indigent Health Care and Treatment Act* (Ley de atención de la salud y tratamiento a los indigentes de Texas), el programa de asistencia del Distrito Hospitalario del Condado de Harris o algún otro programa de asistencia estatal o del condado). Sin embargo, esta definición no incluye necesariamente a personas que, en el momento en que el Hospital proporciona la atención, están bajo vigilancia o son prisioneros en custodia de las autoridades policiales del condado, estatales o federales (es decir, *sheriffs* del condado, cárceles del condado, Departamento de Centros Correccionales de Texas, departamentos de policía, prisiones federales, etc.) y que, debido a

su encarcelamiento, tienen derecho constitucional o estatutario a recibir atención de salud.

6. **“Presuntos indigentes”**: se refiere a los pacientes que pueden no haber presentado, antes o después del final del Plazo de Solicitud, una solicitud por escrito completada de la FAP o la documentación requerida, pero para los que el Hospital o Memorial Hermann han determinado, no obstante, que el paciente:
- (i) No tiene posibles reclamaciones a terceros que podrían ser ejercidas contra otros que causaron las lesiones del paciente a los que el Hospital podría subrogarse en razón de un traspaso o de la presentación de los derechos de retención del hospital; y
 - (ii) No tiene seguro de salud o cobertura médica; y
 - (iii) Tiene unos Ingresos Familiares Brutos Anuales para los que se estima razonablemente que no superan el doscientos por ciento (200%) del actual Índice Federal de Pobreza que se incluye en la Tabla de los Ingresos Mensuales Brutos para la Elegibilidad para Asistencia Financiera de este Hospital; y
 - (iv) Sería elegible para la Asistencia Financiera según los criterios de elegibilidad establecidos en esta FAP (es decir, condición de "económicamente indigente" o "médicamente indigente") una vez completada la solicitud de la FAP.

En la determinación de Presuntos Indigentes en virtud de esta Sección 6, el Hospital puede confiar en la información proporcionada por terceros proveedores, así como en informes de crédito y otra información a disposición del público.

7. **“Acciones de Cobro Extraordinarias (ECA)”**: una Acción de Cobro Extraordinaria puede incluir cualquiera de las siguientes acciones emprendidas en un esfuerzo por obtener el pago de una factura por la atención prestada:
- Informar a las agencias de crédito la deuda de una persona.
 - Vender la deuda por la atención y los servicios hospitalarios a un tercero.
 - Iniciar una acción civil contra una persona.

No se emprenderá ninguna Acción de Cobro Extraordinaria (ECA) antes de que se hayan hecho esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para Asistencia Financiera de esta FAP.

8. **“Tabla de los Ingresos Mensuales Brutos para la Elegibilidad para Asistencia Financiera” o “Tabla de Ingresos”**: se refiere a la tabla de ingresos actuales que Memorial Hermann utilizará en la determinación de la elegibilidad para la Asistencia Financiera (antes conocida como "contribuciones benéficas") en virtud de esta Política de Asistencia Financiera; y es una de las bases para el cálculo del monto que se debe cobrar a los pacientes, si lo hubiera.

La Tabla de los Ingresos Mensuales Brutos para la Elegibilidad para Asistencia Financiera se basa en las Guías Federales de Pobreza y en la Tabla de Elegibilidad del Distrito Hospitalario del Condado de Harris, y en sus modificaciones ocasionales por

parte de las respectivas agencias gubernamentales. Dicha Tabla de Ingresos está disponible para su consulta en:

[Federal Poverty Guidelines](#) (Guías Federales de Pobreza)

9. **“Afecciones Médicas de Emergencia”**: se refiere a: (a) un problema de salud que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente severidad (incluyendo dolor severo, afecciones psiquiátricas y consumo evidente de drogas o alcohol) como para que la ausencia de atención médica inmediata pudiera razonablemente resultar en: (i) poner en serio peligro la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del embrión o feto), (ii) un grave deterioro de las funciones corporales, o (iii) la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o (b) con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones: (i) la ausencia de tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o (ii) el hecho de que el traslado pueda representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o el feto.
10. **“Paciente sin seguro”**: se refiere e incluye a cualquier persona que: (i) no está asegurada y no tiene cobertura de terceros por un proveedor de seguros comercial, un plan ERISA, un Programa Federal de la Salud (incluyendo Medicare, Medicaid, SCHIP y CHAMPUS, entre otros) o seguro de compensación para trabajadores (Workers’ Compensation); (ii) no posee cuentas de ahorros médicos u otros fondos disponibles para pagar la totalidad o parte de su factura; (iii) no tiene derecho a demandas de responsabilidad extracontractual viables contra terceros que pudieran ser responsables del paciente por causarle la lesión que, en caso contrario, permitiría a Memorial Hermann subrogarse en el interés del paciente (es decir, a través de la presentación de los derechos de retención del Hospital o de la reivindicación de los derechos del paciente por medio de una cesión), pero solo si dicha compañía de seguros y/o un tercero responsable realmente realizan el pago.
11. **“Reglamentos del Tesoro”**: se refiere a las regulaciones finales emitidas por el Departamento del Tesoro conforme a la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas del 28 de diciembre de 2014.