

Methodist Le Bonheur Healthcare

POLÍTICA DE AYUDA FINANCIERA PARA GASTOS MÉDICOS

Tennessee — Methodist University Hospital, Methodist North Hospital, Methodist South Hospital, Methodist Germantown Le Bonheur Children's Hospital

Mississippi - Methodist Olive Branch Hospital

Tipo: Finanzas

Centro: Sistema (Reemplaza a S-01-042 y S-01-043)

Objetivo: El objetivo de esta política y de los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos establecida y regida por la misma es proporcionar acceso a la atención a aquellas personas que no tienen la capacidad de pago y ofrecer de forma sistemática los descuentos adecuados sobre los cargos facturados a los pacientes que cumplen los requisitos para la ayuda financiera según esta política.

Política Methodist Le Bonheur Healthcare está comprometido a proporcionar el nivel más alto de atención a todos los miembros de nuestra comunidad, sin importar su capacidad de pago. Esta política establece el marco básico para tres de los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos que se aplican en caso de atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria recibida por los pacientes en todos los hospitales de Methodist Le Bonheur Healthcare. No se retrasará la atención de emergencia o médicamente necesaria según la capacidad de pago de un paciente. Cualquier evaluación o arreglo financiero solo se hará después de un examen médico de detección y de prestar los servicios necesarios de estabilización de acuerdo con la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo. Esta política se revisará anualmente.

I. Definiciones

- A. Cantidades generalmente facturadas ("AGB"): se refiere a los cargos brutos por los servicios cubiertos que se cobran a las personas de acuerdo con los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno y Nivel Dos, multiplicados por el porcentaje de AGB aplicable a dichos servicios.
- B. Porcentaje de AGB: se refiere a un porcentaje que es el resultado de la división entre (1) la suma de todas las reclamaciones por los servicios médicamente necesarios prestados y pagados durante el Período relevante por los pagos por servicio de Medicare y todas las compañías privadas de seguros médicos como pagadores principales, en conjunto con cualquier parte asociada de estas reclamaciones pagada por los beneficiarios de Medicare o personas aseguradas en la forma de copagos, coseguro o deducibles y (2) los cargos brutos por dichos servicios médicamente necesarios. El porcentaje de AGB se calcula a más tardar el 1 de septiembre de cada año para el Período relevante más reciente. El cálculo del porcentaje de AGB deberá cumplir con el "método retrospectivo" que se detalla en la § 1.501(r)-5(b)(3) del Reglamento del Departamento del Tesoro. Para el período relevante actual, que

comenzó el 31 de diciembre de 2023 y termina el 31 de diciembre de 2024, el porcentaje de AGB es 22 % para nuestros hospitales en Tennessee y para el hospital de Mississippi en Olive Branch.

- C. Período de solicitud: Período de tiempo que tiene un paciente para enviar una solicitud llenada para recibir ayuda financiera. Para fines de esta política, el período de solicitud comienza en la fecha en que se proporciona la atención médica y termina no antes de 240 días después del primer estado de cuenta posterior a la fecha de prestación del servicio o 30 días después de que el hospital envía un aviso por escrito al paciente, donde describe las medidas extraordinarias de cobranza pendientes.
- D. Política de facturación y cobranza: se refiere a la política de Methodist Le Bonheur Healthcare titulada "Política de facturación y cobranza".
- E. Servicios cubiertos: se refiere a los servicios médicamente necesarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios recibidos en un centro hospitalario de Methodist Le Bonheur.
- F. Descuento: Para fines de esta política, este término se refiere a la reducción en la cantidad que adeuda el paciente.
- G. Servicios médicos de emergencia: se refiere a los servicios necesarios y adecuados para tratar una afección de un paciente que es consecuencia de la aparición repentina de una afección con síntomas agudos y que, sin atención médica inmediata, es muy probable que se ponga en peligro la vida del paciente y, como consecuencia, pueda derivar en un deterioro grave de las funciones corporales o en una disfunción grave de un órgano o una parte del cuerpo.
- H. Cargos brutos: se refiere a las tarifas por servicios cubiertos que se presentan anualmente al Departamento de Salud de Tennessee o a otra agencia estatal o federal pertinente. Si no se exige que se presenten las tarifas anualmente a una agencia estatal o federal, entonces los cargos brutos serán las tarifas por los servicios cubiertos según se establecen en la Lista de cargos del hospital en el momento en que se prestan los servicios cubiertos.
- I. Paciente elegible para los Programas de Ayuda Financiera (FAP): se refiere a un paciente elegible para recibir ayuda financiera de acuerdo con esta política o uno de los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos, o ambos, según esta política y sin importar si el paciente ha solicitado ayuda financiera.
- J. PFS: Se refiere a Servicios Financieros para Pacientes (PFS, Patient Financial Services), un departamento de Methodist Le Bonheur Healthcare que es responsable de facturar y cobrar cuentas por servicios hospitalarios.
- K. Período relevante: se refiere al período de 12 meses que termina el 31 de agosto de 2018 para la ayuda financiera que se proporcionará desde el 1 de enero de 2019 hasta que se calcule el porcentaje de AGB según las reclamaciones pagadas durante el período de 12 meses que termina el 31 de agosto de 2019. Por lo tanto, el Período relevante se refiere a un período de 12 meses que termina el 31 de agosto.

- L. Medicaid: se refiere a TennCare, Arkansas Medicaid, Mississippi Medicaid y a cualquier otro programa federal que proporciona seguro médico a personas de bajos recursos.
- M. Medicamento necesario: se refiere a los servicios necesarios para identificar o tratar una enfermedad o lesión diagnosticada o que se espera dentro de lo razonable que sea médicamente necesario considerando el nivel de atención más adecuado. Según el estado de salud del paciente, el entorno más adecuado para proporcionar la atención puede ser el hogar, el consultorio del médico, un centro de atención ambulatoria o de atención a largo plazo, rehabilitación o cama de hospital. Para ser médicamente necesario, un servicio debe:

1. ser necesario para tratar una lesión o una enfermedad;
2. ser coherente con el diagnóstico y el tratamiento de la afección del paciente;
3. cumplir con los estándares de la práctica médica adecuada;
4. ser para un fin distinto a la comodidad del paciente o del médico del paciente;
5. ser acorde con el nivel de atención más adecuado para el paciente, según la afección del paciente y no su situación financiera o familiar.

Se considera que los servicios médicos de emergencia son médicamente necesarios.

- N. Paciente sin seguro: se refiere a un paciente sin beneficios de seguro de salud o de programas gubernamentales que puede recibir una factura por los servicios cubiertos prestados y quien, de otra forma, no está excluido de esta política de conformidad con la Sección II a continuación. Si un paciente que tiene el beneficio de seguro de salud o de programas gubernamentales y que puede recibir una factura por servicios médicamente necesarios tiene una reclamación denegada, se considerará al paciente como un paciente sin seguro.

- O. Paciente con seguro: se refiere a un paciente con seguro de salud o un programa de tercero pagador que reembolsa los gastos médicos. Los pacientes a quienes se les ha denegado una reclamación por afecciones preexistentes o máximo de beneficios alcanzado no se consideran como pacientes asegurados para fines de esta política.

- P. Paciente que paga por su cuenta: esto describe a un paciente que por su propia elección decide no enviar sus gastos médicos a su plan de seguro, o por alguna otra razón elige pagar por cuenta propia / de forma privada. Estos pacientes seguirán el proceso descrito en nuestra política de cuentas a cobrar / cobros de cuentas atrasadas o morosas.

- Q. Insuficiente cobertura médica: se refiere a un paciente que tiene seguro y tiene un saldo adeudado superior a \$5,000 por algún servicio médico en particular.

- R. Medidas extraordinarias de cobranza: se refiere a cualquier medida tomada contra una persona en relación con la obtención del pago de una cuenta sin cobertura de seguro que exige un proceso legal o judicial, o involucra enviar información desfavorable relacionada con la parte responsable a las agencias de informe de crédito o a las oficinas de crédito. Las medidas extraordinarias de cobranza no incluyen los esfuerzos para perfeccionar derechos de retención reglamentarios o cobrar a fuentes de responsabilidad civil.

II. Programas de Ayuda Financiera

- A. Descripción general. Esta política establece tres programas de ayuda financiera. De acuerdo con el Programa de Ayuda Financiera de Nivel Uno, los pacientes sin seguro que tengan un ingreso familiar anual superior al 250 % de las pautas de pobreza (“línea federal de pobreza”) del Departamento de Servicios Humanos de Estados Unidos cumplen los requisitos de precios reducidos por los servicios cubiertos. De acuerdo con el Programa de Ayuda Financiera de Nivel Dos, los pacientes sin seguro que tengan un ingreso familiar igual o inferior al 250 % de la línea federal de pobreza cumplen los requisitos para ayuda financiera en la forma de gratuidad o descuento por los servicios cubiertos, sujetos a la solicitud de cobertura de Medicare o TennCare (en algunos casos). De acuerdo con el Programa de Ayuda Financiera para los Pacientes con Seguro Médico Insuficiente, los pacientes con seguro médico insuficiente cumplen los requisitos para ayuda financiera en la forma de servicios cubiertos con descuento. Esta política y los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos establecidos en este documento tienen el objetivo de cumplir con la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y los Reglamentos del Departamento del Tesoro promulgados en virtud del mismo y se interpretarán de conformidad con dichos reglamentos.
- B. Exclusiones: Esta política y los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos establecidos y detallados en el presente documento se aplican exclusivamente a los pacientes sin seguro que no tienen cobertura de terceros (mediante fuentes gubernamentales o seguros comerciales) para los servicios cubiertos prestados. No hay programas de ayuda financiera disponibles para personas que no son pacientes sin seguro. La única excepción a esta exclusión es la disposición para pacientes con seguro médico insuficiente, según se detalla en la sección “G”. La política y los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos establecidos y detallados en el presente documento NO se aplican a la parte de los cargos por los que un paciente sin seguro es personalmente responsable de pagar, como, por ejemplo, copagos, coseguro y deducibles, y no se aplica a los servicios no cubiertos. Esta política no está disponible para personas que tienen una reclamación contractual o derecho a reembolso o indemnización de una compañía de seguros u otro tercero pagador. Esta política no se aplica a cargos por servicio de otros proveedores, cuyos servicios coinciden con los prestados por Methodist Le Bonheur Healthcare, por ejemplo, cirujanos, anesestesiólogos, radiólogos u otros médicos no empleados por Methodist Le Bonheur Healthcare. (Se adjunta una lista de proveedores, Anexo A, cuyos cargos por servicios cubiertos se rigen por esta política). Además, esta política no se aplica a procedimientos electivos o cosméticos, excepto lo que Methodist Le Bonheur pueda determinar caso por caso, según su criterio.
- C. Reserva del derecho de solicitar reembolso de cargos a terceros pagadores: En el

caso de que cualquier pagador principal o tercero sea responsable de alguna parte de la cuenta de un paciente sin seguro, Methodist Le Bonheur Healthcare solicitará el reembolso total de todos los cargos incurridos por el paciente según los cargos brutos del hospital a dichos pagadores principales o terceros, sujeto a cualquier limitación impuesta por contratos de seguros comerciales que cubran a los pacientes sin seguro, como reclamaciones de subrogaciones, pese a cualquier ayuda financiera otorgada de conformidad con esta política.

D. Métodos de solicitud de ayuda financiera. Los pacientes pueden solicitar ayuda financiera de acuerdo con los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno o Nivel Dos de las formas que se indican a continuación:

1. Descargar el formulario de solicitud en <https://www.methodisthealth.org/financial-assistance/>
2. Pedir un formulario de solicitud a un asesor financiero de pacientes por teléfono al (901)516-1000
3. Pedir un formulario de solicitud a algún miembro del personal de Registro de un centro de Methodist Le Bonheur Healthcare.
Y
4. Enviar por correo la solicitud completa y el comprobante de ingresos a:
Methodist Le Bonheur Healthcare – Self Pay Department, PO Box 172193,
Memphis, TN 38187
O
5. Por fax al (901)266-6474

DI. Programa de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno

1. Criterios y determinaciones de idoneidad. Todos los pacientes sin seguro cuyo ingreso supera el 250 % de la Línea federal de pobreza, sujetos a las exclusiones que se indican en la Sección II.B y II.C de esta política, son idóneos para la Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno. Además, al paciente sin seguro se le ofrecerá una resolución de pago oportuno, asesoramiento financiero y arreglos de pago en el punto de servicio.
2. Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno: Los pacientes sin seguro cuyos recursos excedan el 250 % de la Línea federal de pobreza recibirán un descuento inmediato del 75 % sobre los cargos brutos de los servicios cubiertos recibidos en los centros hospitalarios de Methodist Le Bonheur ubicados en Tennessee y para cargos por servicios cubiertos recibidos en Methodist-Olive Branch, Mississippi.

DII. Programa de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Dos

1. Criterios y determinaciones de idoneidad. Si un paciente sin seguro cuyos recursos son del 250 % o menos de la Línea federal de pobreza, sujetos a las exclusiones que se indican en la Sección II.B y II.C de esta política, el paciente sin seguro cumple los requisitos para la Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Dos. Para obtener los beneficios disponibles de acuerdo con la Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Dos, un

paciente sin seguro debe llenar y enviar una Solicitud de ayuda financiera para gastos médicos (consulte el formulario que se adjunta) dentro del Período de solicitud. Si Methodist determina que es lo adecuado según las circunstancias, debe haber enviado una solicitud para TennCare, Medicaid o Discapacidad de Medicare y que le hayan rechazado la cobertura de un programa federal o estatal que haya solicitado a petición de Methodist Le Bonheur.

2. Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Dos: Los pacientes sin seguro que cumplen los requisitos para recibir ayuda de acuerdo con el Programa de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Dos serán idóneos para un descuento de hasta el 100 % sobre los cargos brutos según la tabla a continuación. Por lo general, Methodist Le Bonheur exigirá al paciente sin seguro que solicite cobertura de TennCare, Medicaid o discapacidad de Medicare o que haga un pago o un depósito poradelantado por las AGB calculadas por los servicios cubiertos en nuestros hospitales en Tennessee.

% de las Pautas Federales de Pobreza	% de descuento
200 % o inferior	100 %
200 % - 225 %	90 %
226 % - 250 %	80 %
Superior al 250 %	78 %

- G. Programa para Pacientes con Seguro Médico Insuficiente: Cualquier paciente sin seguro con un saldo adeudado que supere los \$5,000 por una sola atención médica será idóneo para recibir un 25 % de descuento sobre la responsabilidad del paciente de dicha atención.

- H. Cobranza de saldos adeudados por pacientes; Política de facturación y cobranza: Las cuentas por servicios hospitalarios de pacientes que pueden, pero no quieren pagar, se consideran como deudas incobrables y están sujetas a medidas extraordinarias de cobranza de conformidad con la Política de facturación y cobranza. Methodist Le Bonheur Healthcare no tomará, bajo ninguna circunstancia, medidas extraordinarias de cobranza contra pacientes cuyo ingreso es inferior al 250 % de las Pautas federales de pobreza.

La Política de facturación y cobranza se publicará en el sitio web de Methodist Le Bonheur Healthcare y en el sitio web específico de cada hospital. Además, puede obtener una copia gratuita de la Política de facturación y cobranza, previa solicitud, en la oficina de Ingresos de cada centro hospitalario o si la solicita a FPS a la dirección y número de teléfono que se indicó anteriormente.

- I. Control y administración de los programas: PFS tiene la responsabilidad de controlar y garantizar que se hagan los esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para los FAP y determinar si se pueden tomar medidas extraordinarias de cobranza y cuándo hacerlo de conformidad con esta política y la Política de facturación y cobranza.

- J. Publicación de la política

1. Resumen en lenguaje sencillo: Se preparará un resumen en lenguaje sencillo que informa a las personas de que Methodist Le Bonheur Healthcare ofrece ayuda financiera a los pacientes sin seguro de acuerdo con los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno y Nivel Dos y para Pacientes con Seguro Médico Insuficiente, el que se actualizará según sea necesario para reflejar las modificaciones o enmiendas a los programas. El resumen en lenguaje sencillo proporcionará la siguiente información en un lenguaje claro, conciso y fácil de entender:
 - a. Una descripción breve de los requisitos de elegibilidad y ayuda ofrecida de acuerdo con los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno y Nivel Dos y para Pacientes con Seguro Médico Insuficiente.
 - b. La dirección directa al sitio web y las ubicaciones físicas en cada centro hospitalario donde cualquier persona puede obtener una copia gratuita de esta política, la Política de facturación y cobranza y los formularios de solicitud de los programas.
 - c. La información de contacto, como el número telefónico y ubicación física del personal del hospital que puede proporcionar información relacionada con los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno y Nivel Dos, el proceso de solicitud y ayuda para completar el proceso de solicitud.
 - Y
 - d. Una declaración de que a la persona elegible para los FAP no se le cobrará más que las AGB por los servicios cubiertos.
2. Difusión del Resumen en lenguaje sencillo: El resumen en lenguaje sencillo se deberá publicar de forma visible en el sitio web de Methodist Le Bonheur Healthcare, así como en el sitio web específico de cada hospital. Cada estado de cuenta de facturación de cuentas sin seguro deberá incluir un aviso de idoneidad para ayuda financiera e información de contacto importante. Los representantes de PFS incluirán información relacionada con los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno y Nivel Dos en las llamadas de cobranza a los pacientes sin seguro. Methodist Le Bonheur también distribuirá copias del resumen en lenguaje sencillo y de la política misma a los grupos comunitarios que atienden a la población que probablemente incluye a personas elegibles para el FAP. Todo el personal de Ingresos deberá informar de la existencia de los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno y Nivel Dos a las personas que pueden ser elegibles para los FAP y entregarles una copia del resumen en lenguaje sencillo en el momento del registro.
3. Aviso de posibles pacientes idóneos para los FAP: Los pacientes que pueden ser elegibles para los FAP recibirán una copia del resumen en lenguaje sencillo y los formularios de solicitud para los Programas de Ayuda Financiera para Gastos Médicos de Nivel Uno y Nivel Dos antes

del alta de un centro hospitalario. Se enviarán avisos adicionales relacionados con los programas de conformidad con la Política de facturación y cobranza.