



Resumen de la Política de Asistencia Financiera

para Methodist Hospital & Methodist Children's Hospital, Methodist Hospital |Specialty and Transplant, Methodist Hospital | Metropolitan, Methodist Hospital | Texsan, Methodist Hospital | Northeast, Methodist Hospital | Stone Oak, Methodist Hospital | Atascosa y Methodist Hospital | Hill Country Methodist Hospital | Landmark, Methodist Hospital | Westover Hills, Methodist Hospital

Como parte de nuestra misión, Methodist Healthcare proporciona atención médica a los pacientes que carecen de los recursos económicos para pagar los servicios hospitalarios. Se atenderá a todos los pacientes que acudan a cualesquiera de las instalaciones de Methodist Healthcare sin distinción de raza, credo, color de piel o nacionalidad y que estén clasificados como financiera o médicamente indigentes.

Una persona financieramente indigente es aquélla que carece de seguro médico o cuenta con un seguro médico insuficiente y es candidata para recibir atención médica sin obligación de pago por los servicios recibidos o es acreedora a un descuento dependiendo de su ingreso y del tamaño de su familia. El hospital utiliza los lineamientos de ingreso de pobreza emitidos por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos para determinar la elegibilidad de la persona para recibir atención de beneficencia.

Un paciente médicamente indigente es una persona cuyas cuentas hospitalarias después del pago por una tercera parte pagadora excede el 10 por ciento de su ingreso anual bruto y se encuentra incapacitado para pagar el remanente de la cuenta. Methodist Healthcare puede considerar otros activos financieros y pasivos del paciente al determinar su capacidad de pago.

La asistencia financiera con respecto a urgencias y atención médica necesaria puede estar disponible para los pacientes que no califiquen para recibir asistencia estatal o federal. En la mayoría de los casos, los pacientes que se encuentren por debajo del 200 por ciento de los lineamientos de pobreza federales con base en el ingreso familiar total pueden quedar exentos del pago del cien por ciento de su cuenta (sujeto a la verificación del ingreso/los requisitos de documentación). En ciertos casos, aplican otros descuentos que van del 40 al 90 por ciento si el ingreso familiar total del paciente es mayor a 200 por ciento y no excede el 500 por ciento de los lineamientos de pobreza federales.

Contamos con más información de elegibilidad y asistencia, una copia gratuita de nuestra política de asistencia financiera, el formulario de solicitud de asistencia financiera y un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera (en inglés o español), la cual se puede solicitar por escrito en la siguiente dirección:

Texas Shared Service Center
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

O puede visitar nuestro sitio web: www.sahealth.com y hacer clic en "Charity Care."

Usted puede solicitar asistencia financiera llenando la solicitud mencionada anteriormente y enviándola a la dirección que se encuentra en la parte superior.



Si usted es elegible para recibir asistencia financiera, la cantidad cobrada por una urgencia u otro servicio médico necesario no excederá las cantidades que normalmente se cobran a los pacientes que cuentan con seguro médico.

La información adicional sobre el programa de asistencia financiera de Methodist Healthcare y sobre cómo solicitar asistencia financiera se puede obtener en la oficina en:

Texas Shared Service Center
PO Box 292369
Nashville, TN 37229-2369

O bien, puede usted llamar a cada uno de los hospitales:

- Methodist Hospital 866-391-2019
- Methodist Children's Hospital 866-391-2019
- Methodist Hospital | Texsan 866-291-3650
- Methodist Hospital | Specialty and Transplant 866-391-2013
- Methodist Hospital | Metropolitan 866-391-2014
- Methodist Hospital | Northeast 866-391-2016
- Methodist Hospital | Stone Oak 866-329-9475
- Methodist Hospital | Atascosa 855-890-3305
- Methodist Hospital | Hill Country 844-919-3881
- Methodist Hospital | Landmark 833-839-7148
- Methodist Hospital | Westover Hills 844-608-2321

Firma del Paciente/Representante: _____

Fecha: _____

Firma del Testigo: _____

Fecha: _____