

Políticas y procedimientos

THE MENNINGER CLINIC Finanzas y admisiones

Política MC-241

Política de asistencia financiera

Fecha de entrada en vigencia: 1.º de noviembre de 2020

Declaración de misión

The Menninger Clinic (la Clínica) es un centro psiquiátrico de vanguardia dedicado al tratamiento de personas con enfermedades psiquiátricas. Para apoyar esta misión, Menninger proporciona asistencia financiera para cuidado de emergencia y médicamente necesario a personas “carentes de recursos médicos o financieros” que cumplen los requisitos de la política de asistencia financiera de la Clínica. Las notificaciones sobre la asistencia financiera de Menninger para los pacientes están disponibles en varios idiomas en el sitio web, las oficinas de admisión, los consultorios para pacientes ambulatorios, las oficinas de finanzas y la sala de espera general.

Propósito

The Menninger Clinic se ha comprometido a proporcionar cuidado de emergencia y médicamente necesario a personas sin capacidad de pago. La Junta de Directores o el organismo autorizado han adoptado la siguiente política de acuerdo con las normas adoptadas por el Código de Impuestos Internos 501 (r) y el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas. Esta política describe cómo solicitar ayuda financiera y enumera los criterios de elegibilidad para recibir sin cargo cuidado médicamente necesario.

Política

Todos los pacientes o garantes que necesiten cuidado médicamente necesario recibirán una copia de la política de asistencia financiera como parte del proceso de admisión. La clínica hará todo lo razonablemente posible para comunicar oralmente el ofrecimiento de ayuda financiera a dichos pacientes durante el curso del tratamiento y después del alta, o bien hasta que se tome una determinación respecto a la elegibilidad del paciente o garante para asistencia financiera. La Clínica alienta a todos los pacientes que reciben cuidado médicamente necesario a solicitar asistencia financiera antes de la admisión. Una persona que ha sido clasificada como “carente de recursos médicos” o “carente de recursos financieros” que solicite cuidado médicamente necesario en la clínica recibirá dichos cuidados de conformidad con esta política.

Cuidado médico de emergencia

Si una persona se presenta en The Menninger Clinic y solicita tratamiento, admisión o evaluación, será clasificada por el Departamento de Admisiones para determinar si necesita algún servicio y, en tal caso, cuáles. Las personas que presenten una condición médica de emergencia que no esté dentro del alcance de los servicios ofrecidos por The Menninger Clinic serán transferidos a un centro médico apropiado. Los servicios de clasificación se ofrecen sin cargo a todos los pacientes. La política MC 105 sobre “Transferencias de pacientes” aborda el proceso de evaluación y transferencia de personas que presentan una condición médica de emergencia. En el Departamento de Admisiones se puede obtener una copia sin cargo de esta política.

Definiciones

1. **Clínica:** The Menninger Clinic.
2. **Origen del referido:** Médico con licencia, hospital o agencia de cuidado de la salud mental afiliada que proporciona el referido, que indica que el paciente se beneficiaría de una evaluación psiquiátrica integral en la que pueda colaborar, llevada a cabo en una unidad psiquiátrica de pacientes internados basada en un entorno social.
3. **Condición médica de emergencia:** Condición médica que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (que incluyen dolor grave, trastornos psiquiátricos o síntomas de abuso de sustancias) para la que podría razonablemente esperarse que la ausencia de atención médica inmediata pusiera en riesgo la salud de la persona (de tratarse de una mujer embarazada, la salud de la mujer o del niño por nacer), deteriorara gravemente sus funciones corporales o causara una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
4. **Grupo familiar:** Se define como un grupo de dos o más personas que residen juntas y que se relacionan por nacimiento, matrimonio, adopción, tutela o pareja de hecho, excluidos los que no son familiares, como los compañeros de casa.

5. **Otras consideraciones del grupo familiar:** Los solicitantes que un tercero haya declarado dependientes en su declaración de impuestos sobre la renta o que un tercero respalde financieramente (es decir, costos de vida mensuales, etc.) pueden considerarse dependientes a los efectos de determinar si reúnen los requisitos para recibir la asistencia financiera. Si el solicitante se considera dependiente de un tercero, pueden incluirse los ingresos del tercero para determinar si reúne los requisitos para recibir la asistencia financiera. Si no está disponible la documentación de impuestos del Servicio de Impuestos Internos (IRS), el tamaño de la familia se determinará según la cantidad de dependientes documentados en la solicitud de asistencia financiera, y la Clínica lo verificará de acuerdo con las pautas del IRS.
6. **Contrato financiero:** Contrato que cada paciente pagador firma en el que se describen los servicios que se prestarán y la responsabilidad financiera de cada paciente o garante.
7. **Criterios de admisión de la Clínica:** Criterios preestablecidos que todos los pacientes deben cumplir con el fin de ser aceptados en cualquier programa con internación. Ejemplos de esos criterios incluyen, entre otros, la existencia de un diagnóstico psiquiátrico o de abuso de sustancias como diagnóstico principal, la condición de paciente voluntario, el nivel de agresividad del paciente, su capacidad para participar en su propio cuidado, su capacidad para desempeñar actividades de la vida diaria con un mínimo de ayuda, y el nivel de cuidado médico general que necesita.
8. **Criterios médicamente necesarios para pacientes internados:** El paciente tiene una enfermedad mental diagnosticada o existen sospechas de que la tiene; se han cuestionado la exactitud del diagnóstico actual y/o la certidumbre del tratamiento recomendado para la enfermedad mental; el paciente se beneficiaría de una evaluación psiquiátrica integral en la pueda colaborar, llevada a cabo en una unidad psiquiátrica de pacientes internados basada en un entorno social; el paciente necesita un plan individual brindado por personal psiquiátrico, que incluye servicios durante las 24 horas en un ambiente controlado; si no recibe una evaluación psiquiátrica integral, el paciente corre el riesgo de un continuo deterioro o una respuesta inadecuada al tratamiento; el paciente está dispuesto y capacitado para cooperar con una evaluación de tres semanas como paciente internado, que puede incluir estudios de imágenes médicas, pruebas psicológicas o neuropsicológicas, estudios de diagnóstico y de laboratorio, y entrevistas de diagnóstico; el paciente puede dar su consentimiento informado a medicamentos recomendados para controlar los síntomas que interfieren con el proceso de evaluación; el paciente no padece actualmente impulsos para autolesionarse o para lesionar a otros en tal grado que pueda interferir con su capacidad para someterse a una evaluación intensiva y cooperar con ella.
9. **Criterios médicamente necesarios para pacientes no internados:** El paciente tiene una enfermedad mental diagnosticada, o está siendo evaluado para determinar si la tiene, o existen sospechas de que la tiene; las disfunciones conductuales, psicológicas y/o biológicas y el deterioro funcional que presenta son consistentes con trastornos psiquiátricos o relacionados con el abuso de sustancias. El paciente no necesita un mayor nivel de atención, demuestra motivación para controlar los síntomas o cambiar sus conductas, y es capaz de desarrollar habilidades para controlar sus síntomas o cambiar sus conductas. El paciente también debe mostrar uno de los siguientes síntomas: angustia sintomática y deterioro del funcionamiento debido a síntomas psiquiátricos en al menos una de las tres esferas de funcionamiento (laboral, académico o social), que son una descripción de los síntomas y el deterioro conductual cuantificable en áreas ocupacionales, académicas o sociales específicas, o tiene una enfermedad persistente con un historial de admisiones repetidas, o hay evidencia clínica de que requiere un número limitado de sesiones de tratamiento adicionales para apoyar la finalización de la terapia.
10. **Política de facturación y cobro:** La política MC 1281 de The Menninger Clinic describe de qué manera la Clínica realiza las tareas de facturación y cobros. Se espera que todos los pacientes hospitalizados y los del programa Pathfinder que no sean elegibles para recibir asistencia financiera de acuerdo con esta política hagan un depósito en el momento de la admisión o inicio del programa. El importe del depósito varía en función de cada programa de la Clínica. El depósito se aplicará a los cargos diarios. Los cargos se procesan de acuerdo con el contrato financiero de cada paciente. Los cargos incluyen una tarifa diaria y algunos cargos auxiliares adicionales. Cuando el depósito se haya aplicado plenamente a todos los cargos, se espera que se realice otro depósito. Este proceso continúa durante todo el ciclo de tratamiento. Todos los fondos restantes en el momento del alta se reembolsarán al paciente dentro de los 30 días del alta. Todos los reembolsos se procesan en forma de cheques. Se espera que todos los pacientes ambulatorios o no internados hagan un pago en el momento en que reciban los servicios. Todos los pacientes recibirán una factura final dentro de los 10 días del alta. Se espera recibir la totalidad del pago dentro de los 30 días de emitida la factura después del alta. Una vez transcurrido ese plazo, todo saldo pendiente por parte del paciente será objeto de acciones de cobro adicionales, tales como requerir un depósito (personas no cubiertas por la política de asistencia financiera de la Clínica), obtener ayuda externa para el cobro, una posible denegación de servicios no médicamente necesarios en caso de tener pendiente un saldo anterior, e informar a las agencias de crédito. Puede solicitar copias de esta política sin cargo comunicándose con el Departamento de Admisiones al 713-275-5000.

Servicios cubiertos

The Menninger Clinic proporciona asistencia financiera en forma de servicios médicamente necesarios sin cargo para la atención médica de pacientes internados y no internados que requieren cuidado médicamente necesario y que cumplen los requisitos clínicos y financieros. Se define como atención hospitalaria para adultos médicamente necesaria a toda evaluación psiquiátrica integral de hasta tres semanas de duración en una unidad psiquiátrica basada en el entorno social, así como al tiempo razonable para completar los referidos al nivel correspondiente de cuidado de seguimiento. Se define como atención hospitalaria para adolescentes médicamente necesaria a los servicios psiquiátricos de diagnóstico y evaluación de aproximadamente dos semanas de duración en una unidad psiquiátrica basada en el entorno social, así como al tiempo razonable para completar los

referidos al nivel correspondientes de cuidado de seguimiento. Se define como atención médica ambulatoria a una visita inicial seguida de tratamiento médicamente necesario brindado por proveedores de atención básica de la Clínica a pacientes ambulatorios o no internados.

Servicios excluidos

Se excluyen de esta política los siguientes programas que no ofrecen los servicios médicamente necesarios indicados anteriormente: PIC, HOPE, COMPASS, Child & Adolescent Long Term Treatment, evaluaciones de pacientes ambulatorios, Pain, ECT, Pathfinder y Readiness for Care.

Criterios de asistencia financiera

Una vez que un paciente cumple los criterios de admisión de la clínica y los servicios requeridos se consideran médicamente necesarios tal como se indicó anteriormente, el paciente debe cumplir los criterios financieros o los criterios de persona carente de recursos médicos que se enumeran a continuación. Una vez que se tome una determinación favorable, el paciente estará cubierto por esta política y recibirá el cuidado médicamente necesario por los servicios cubiertos, como se indicó anteriormente.

1. ***Criterios clínicos para pacientes internados:*** Los pacientes que cumplan los criterios clínicos para ser admitidos en la Clínica también deben satisfacer los criterios médicamente necesarios y tener características apropiadas para participar en una evaluación integral, a llevarse a cabo en una unidad de internación basada en un entorno social. Cada paciente que solicite ayuda financiera también deberá tener cobertura de seguro médico vigente. Es necesario contar con cobertura médica vigente para cualquier transferencia fuera de la Clínica por cuidado de emergencia médica general, así como para asistencia psiquiátrica después del alta para aquellos pacientes que no deseen utilizar la clínica para pacientes ambulatorios o no internados.
2. ***Criterios clínicos para pacientes no internados:*** Los pacientes que cumplen los requisitos financieros podrán someterse a una evaluación inicial gratuita, realizada por uno de los proveedores de cuidado básico para pacientes ambulatorios. El resultado de la evaluación inicial determinará si el plan de tratamiento recomendado incluye el tratamiento ambulatorio médicamente necesario en curso, elegible para asistencia financiera de conformidad con esta política.
3. **Criterios para referidos y residentes:** Los pacientes que sean considerados para recibir asistencia financiera deben cumplir con todos los criterios descritos a continuación. Los criterios para residentes permitirán a la clínica usar sus recursos para brindar asistencia al paciente para recibir el cuidado de seguimiento adecuado.
 - a. Los pacientes que solicitan atención hospitalaria deben ser referidos por un profesional que origine referidos (por ejemplo, un médico con licencia, hospital o agencia de cuidado de la salud mental afiliada). Los pacientes que solicitan atención ambulatoria no requieren un profesional que origine referidos. Si no se dispone de un profesional que origine referidos, el paciente puede recibir una evaluación de necesidad médica a través de los servicios ambulatorios de la Clínica. Esta evaluación se llevará a cabo como una cita ambulatoria programada y estará sujeta a los criterios financieros de esta política.
 - b. El paciente debe ser un residente legal de los Estados Unidos.
 - c. El paciente debe residir en el área metropolitana de Houston durante al menos seis meses antes de la fecha de la solicitud. El área metropolitana de Houston comprende los siguientes condados:
 - i. Harris
 - ii. Fort Bend
 - iii. Montgomery
 - iv. Brazoria
 - v. Galveston
 - vi. Liberty
 - vii. Waller
 - viii. Chambers
4. ***Criterios financieros:*** Los pacientes son clasificados como “carentes de medios financieros” en función del ingreso total de su grupo familiar a la fecha de admisión.
 - a. Los pacientes elegibles deben ser residentes legales de los Estados Unidos.
 - b. El ingreso del grupo familiar incluye los ingresos de todos los integrantes del grupo familiar, como se definió anteriormente. El ingreso del grupo familiar incluye lo siguiente: ganancias, subsidio por desempleo, compensación laboral, seguridad social, ingresos complementarios de seguridad, pagos de asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos por herencias o fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, asistencia desde fuera del grupo familiar y

otros ingresos diversos. El ingreso del grupo familiar excluye los beneficios no monetarios y las ganancias de capital. El ingreso del grupo familiar se basa en las definiciones que utiliza la Oficina del Censo de los Estados Unidos.

- c. Los grupos familiares con ingresos de más de \$130,000 pueden informar sus ingresos en la solicitud de asistencia financiera. Los grupos familiares con ingresos de menos de \$130,000 deben utilizar su declaración de impuestos más reciente o documentación que compruebe el ingreso declarado, de conformidad con las pautas del Servicio de Impuestos Internos.
- d. Los grupos familiares con un cambio considerable en los ingresos desde su declaración de impuestos más reciente pueden utilizar documentación apropiada para comprobar dichos ingresos, de acuerdo con la definición antes indicada.
- e. El ingreso del grupo familiar no supera en 200% los niveles actuales de pobreza de Harris Health System. Los niveles actuales de pobreza de Harris Health System pueden consultarse en <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

* Los ingresos no deben superar el 200% para cumplir con el punto 4.e. Criterios financieros
--

** Los ingresos no deben superar el 300% para cumplir con el punto 5.a. Criterios para persona carente de recursos médicos
--

5. **Criterios para persona carente de recursos médicos:** Los pagos ya realizados a The Menninger Clinic y/o los planes de pagos futuros a otros proveedores de servicios médicos por servicios de cuidado de la salud ya recibidos se pueden utilizar para reducir los ingresos del grupo familiar del paciente o garante. A fin de ser considerado para ayuda financiera según los criterios de persona carente de recursos médicos, se deben cumplir todos los criterios siguientes:
 - a. Ingresos anuales entre 201% y 300% del nivel federal de pobreza (FPL).
 - b. Pagos ya realizados durante los últimos 12 meses a The Menninger Clinic y/o los planes de pago futuros a otros proveedores de servicios médicos por servicios de cuidado de la salud ya recibidos que excedan el 20% de los ingresos anuales del grupo familiar.
 - c. Los montos de pago ya verificados reducirán el ingreso informado que se utilice para considerar la elegibilidad financiera.
 - d. El ingreso revisado del grupo familiar no excede el 200% del nivel federal de pobreza, tal como se indica en los criterios financieros.
6. **Montos usualmente facturados (AGB):** Una vez que un paciente cumple los criterios para recibir asistencia financiera, en ningún momento se le facturará más que los montos usualmente facturados por cuidados médicamente necesarios. Los montos usualmente facturados (AGB) se determinan empleando el método prospectivo de Medicare o Medicaid.
7. **Cambios de criterios:** Los criterios de asistencia financiera se revisarán, como mínimo, una vez por año y pueden ajustarse, según los recursos de la Clínica o según sea necesario para satisfacer las necesidades de la comunidad. En caso de realizarse cambios en los criterios financieros de esta política y, una vez aprobados por el organismo a cargo de la clínica, los pacientes que reciban atención médica en ese momento volverán a ser evaluados. Luego se aplicarán los criterios más beneficiosos a sus episodios actuales de atención médica. Cualquier paciente que haya sido dado de alta será evaluado de acuerdo a la política vigente en el momento en que se complete la solicitud. Todos los otros criterios se basarán en las políticas vigentes en el momento de la admisión. Si el paciente estaba recibiendo servicios activamente al mes de junio de 2016 y había calificado en virtud de la política de asistencia financiera anterior, seguirá siendo elegible para recibir asistencia financiera hasta tanto cambie su nivel de atención médica o durante seis meses. Esto le dará al paciente la oportunidad de intentar calificar en virtud de las nuevas pautas.

Procedimiento para pacientes internados

Las solicitudes de servicios para pacientes internados en virtud de esta política seguirán el procedimiento indicado a continuación.

- a) El profesional que origina el referido debe ponerse en contacto con la Oficina de Admisiones para referir a un posible paciente, e indicar que este se beneficiaría de una evaluación psiquiátrica integral en la que puede colaborar y que se llevaría a cabo basándose en un entorno social.
- b) La Oficina de Admisiones seleccionará a los posibles pacientes según los siguientes criterios:
 - i. Gravedad del paciente
 - ii. Idoneidad clínica
 - iii. Nivel de atención médica deseada
 - iv. Necesidad médica del paciente
 - i. según la definición anterior
 - ii. la determinación debe estar en el archivo
 - v. Disponibilidad de servicios y niveles de gravedad en la unidad
 - vi. Capacidad de la Clínica para tratar al paciente.

- c) La Oficina de Admisiones notificará al profesional que originó el referido si el solicitante fue aceptado por la Clínica dentro de los 2 días hábiles siguientes a la recepción de la determinación de necesidad médica del profesional que origina el referido.
- d) Después de determinar si la Clínica puede admitir al paciente para el cuidado médicamente necesario solicitado, se proveerá al paciente una solicitud de asistencia financiera.
- e) Si el paciente o garante proporciona información falsa o incompleta que lo hubiera excluido para recibir asistencia financiera, la Clínica se reserva el derecho de excluir retroactivamente al paciente para recibir asistencia financiera. Esto hará que el paciente o garante sea financieramente responsable de todos los cargos.
- f) El paciente o garante es responsable de participar en el proceso de determinación de la asistencia financiera. Si el paciente o garante no participa activamente en el proceso, no podrá estar cubierto por esta política. Será responsable del pago de su factura completa y su cuenta será procesada según la política de facturación y cobranza de la Clínica a partir de los 130 días del alta.
- g) Se recomienda que el paciente complete la solicitud de asistencia financiera y que reciba una determinación antes de ser admitido; sin embargo, la fecha de admisión no se retrasará debido a una solicitud de asistencia financiera incompleta, a menos que lo solicite el paciente. Todo paciente admitido en la Clínica que posteriormente no cumpla los criterios financieros o clínicos será responsable de pagar el 100% de todos los gastos incurridos tal como sean facturados. Para ello, se aplicarán las prácticas normales de facturación y cobro.
- h) Si a un solicitante no es admitido en la Clínica, el profesional que originó el referido puede apelar la decisión de la Clínica presentando por escrito una solicitud de rever dicha decisión ante el Comité Revisor de la Clínica dentro de los dos (2) días siguientes a recibir la notificación del rechazo inicial. El Comité estará integrado por el Director Médico, el Director de Finanzas y el Jefe de Enfermería. El Comité Revisor de la Clínica tiene completa libertad respecto a cuándo y cómo actuar respecto de una apelación.
- i) La decisión del Comité será definitiva.

Procedimiento para pacientes ambulatorios

Las solicitudes para pacientes ambulatorios en virtud de esta política seguirán el procedimiento indicado a continuación.

- a) El paciente o el profesional que origina el referido se comunicará con la Oficina de Servicios Ambulatorios para solicitar una cita de evaluación inicial.
 - i. La evaluación inicial se usará para determinar qué servicios médicamente necesarios son requeridos.
 - i. Dichos servicios puede incluir atención hospitalaria o ambulatoria.
 - ii. Si se requieren servicios de cuidado hospitalario, el proveedor ambulatorio puede ser el profesional que origina el referido.
- b) El paciente recibirá la política de asistencia financiera y una solicitud para determinar su elegibilidad.
- c) Se programará la cita ambulatoria.
- d) Se recomienda al paciente completar la solicitud antes de su primera cita.
- e) Deben seguirse los puntos e) a i) del “Procedimiento para pacientes internados”.
- f) Luego de la evaluación inicial, se informará al paciente qué servicios médicamente necesarios se recomiendan, incluidos el número de visitas, el nivel de atención médica, el tipo de proveedor, etc.
- g) Se requiere una reevaluación para servicios ambulatorios continuos.
- h) La reevaluación de los criterios financieros se requiere dos veces por año, como se indica a continuación.

Proceso de solicitud

- a) La solicitud, junto con la documentación necesaria para corroborar la información de la solicitud, se enviará al Departamento de Admisiones.
- b) Puede suponerse que el solicitante califica para los criterios financieros sin que se requiera prueba de ingresos, en tanto el paciente/grupo familiar cumpla alguna de las siguientes condiciones y pueda proporcionar documentación que respalde estas circunstancias.
 - i. Participación en un programa de beneficios por bajos ingresos, tales como WIC, CHIP, Medicaid, cupones de alimentos, programas de asistencia local, etc. Una prueba de participación en un programa de beneficios por bajos ingresos califica presuntamente al paciente para recibir asistencia financiera. No se requiere presentar prueba de ingresos.
 - ii. El paciente ha fallecido. Si este es el caso y adeuda el pago de una factura, el saldo adeudado calificará según esta política y los montos adeudados se reducirán a \$0.
- c) Documentación que compruebe los ingresos del grupo familiar declarados en la solicitud de asistencia financiera, tal como los siguientes documentos:
 - i. Una copia de la declaración de impuestos federales más reciente
 - ii. Los últimos 2 talones de pago, formulario W-2 actual o verificación por escrito de los salarios del empleador
 - iii. Documentación para respaldar otros tipos de ingresos, como se definió anteriormente

- iv. Tarjeta de seguro médico u otra prueba de cobertura de seguro médico
 - v. Documentación que compruebe los planes de pago médicos (para calificar como carente de recursos médicos)
 - vi. Certificado de defunción o documentación de una fuente válida
 - vii. Documentación que compruebe la participación en un programa de beneficios por bajos ingresos
 - viii. Si no es posible presentar documentación que compruebe la ausencia de ingresos, debe presentarse una declaración jurada firmada.
 - ix. Junto con la documentación antes solicitada, se puede realizar una consulta de crédito blando para verificar la documentación presentada.
- d) Si el paciente califica para asistencia financiera, de acuerdo con los criterios antes mencionados, se aplicarán las siguientes cláusulas:
- i. La elegibilidad para la asistencia financiera se determina para cada admisión, para el cuidado médicamente necesario, tal como se ha definido anteriormente. Las determinaciones de asistencia financiera se revisan dos veces por año (el 1.º de enero y el 1.º de julio) o cada vez que el cuidado médicamente necesario se considere finalizado.
 - ii. No se facturará al paciente más de los montos usualmente facturados, tal como se han definido anteriormente.
 - iii. Los pacientes ambulatorios o no internados serán evaluados a lo largo del ciclo de tratamiento, para asegurarse de que sigan cumpliendo los criterios de necesidad médica.
 - iv. Una vez que el paciente ya no cumple los criterios de necesidad médica y cuando se ha procesado un referido para cuidados posteriores, el paciente ya no se considera elegible según esta política y, como tal, será responsable de pagar todos los servicios prestados a partir de ese momento. Para ello, se aplicarán las prácticas normales de facturación y cobro.
- e) Para determinar la elegibilidad según esta política, la clínica no utiliza determinaciones de solicitudes de asistencia financiera anteriores. Cada admisión por cada episodio de atención médica requerirá una nueva solicitud y una nueva determinación de elegibilidad según esta política.
- f) Los pacientes que no sean elegibles para recibir asistencia financiera recibirán la información de contacto de un proveedor o centro adecuado en el área metropolitana de Houston o de una agencia de salud mental nacional.

¿Dónde y cómo obtener una solicitud o más información?

Oficina de admisiones
The Menninger Clinic
12301 Main Street
Houston, TX 77035
Attn: Financial Assistance

Teléfono: 713-275-5000

<http://www.menningerclinic.com/patient-care/financial-information>

A fin de notificar la disponibilidad de asistencia financiera para los miembros de la comunidad, la Clínica comunicará sus políticas de la siguiente manera:

- Publicará la política de asistencia financiera, la solicitud de asistencia financiera y el resumen en términos sencillos en el sitio web de la Clínica: <http://www.menningerclinic.com/patient-care/financial-information>
- Toda persona interesada puede solicitar en el mostrador de admisión y en la cabina de seguridad información sobre cómo acceder, descargar e imprimir copias de los documentos.
- Como parte del proceso de admisión, entregará sin cargo una copia del resumen en términos sencillos en uno de los idiomas listados a continuación:
 - a) Inglés, español, vietnamita, chino y tagalo (filipino).
 - b) A pedido especial se ofrecerán traducciones a otros idiomas.
- Proporcionará información sobre la disponibilidad de asistencia financiera para el cuidado médicamente necesario en las siguientes instituciones de la comunidad:
 - a) Prácticas del Proyecto Medical Home de Texas Children's Pediatric Associates (TCPA)
 - b) The Gathering Place
 - c) Meadows Mental Health Policy Institute
 - d) Baylor College of Medicine
 - e) National Alliance for Mental Illness – Houston
 - f) Mental Health America of Greater Houston
 - g) re:MIND – Houston

Cláusula de cancelación de servicios ambulatorios

Una vez que se programa una cita, se espera que el paciente informe la cancelación con 24 horas de anticipación para las citas de martes a viernes y con 72 horas de anticipación para las citas de los lunes. Si un paciente llega más de 15 minutos tarde a una cita, se considerará que no se presentó. Se considerará que los pacientes no se presentan en el caso de una cita perdida que no se cancele o a la que no se llegue dentro de los plazos especificados anteriormente. Si un paciente no se presenta a dos citas, su médico puede decidir dar por terminada la atención.

Actividad de facturación y cobro

Cualquiera de los servicios cubiertos proporcionados a las personas cubiertas según esta política se brindarán sin costo alguno para el paciente o garante. En tal caso, no se iniciarán acciones de cobro extraordinarias respecto a los servicios y las personas cubiertas según esta póliza.

Si no se presenta una solicitud de asistencia antes de recibir los servicios prestados, la Clínica continuará comunicándose con el paciente o garante a fin de completar el proceso de solicitud y tomará una determinación mientras los servicios se estén prestando y hasta 250 días después de que el paciente reciba el alta. Después de los 250 días siguientes al alta, se iniciarán acciones de cobro de acuerdo con la política de facturación y cobro de la Clínica, detallada en otra publicación.

Los procesos de facturación y cobro de los servicios prestados fuera de esta política, o cualquier paciente que no esté cubiertos por esta política, se procesarán de acuerdo con la política de facturación y cobro de la Clínica. Las acciones de cobro pueden incluir requerir un depósito (de personas no cubiertas por la política de asistencia financiera de la Clínica), obtener ayuda externa para el cobro, una posible denegación de servicios no médicamente necesarios en caso de tener pendiente un saldo anterior, e informar a las agencias de crédito.

Cualquier servicio prestado a un paciente que no haya completado su solicitud se considerará cubierto bajo esta política mientras se completa la solicitud y hasta que finalice la determinación de asistencia financiera. Los pacientes serán notificados de cualquier información adicional necesaria para completar la solicitud y tendrán un máximo de 130 días después de recibir el alta para completar el proceso de solicitud. Después de los 130 días siguientes al alta, la facturación y el cobro se procesarán de acuerdo con la política de facturación y cobro de la Clínica. Una vez que la solicitud se haya completado y se haya tomado una determinación favorable, la cuenta del paciente para este episodio de atención se considerará cubierta retroactivamente según esta política y cualquier pago realizado por el paciente en relación con el episodio de atención médica será reembolsado. La aplicación retroactiva de asistencia financiera basada en suponer que el paciente fallecido calificaba para los criterios financieros sólo se aplicará a los cargos vencidos y no a todo el episodio de atención médica.

Proveedores no cubiertos

Ocasionalmente, un proveedor de servicios médicos puede examinar a un paciente en el campus de The Menninger Clinic, aunque no pertenezca a la Clínica. Estos servicios generalmente son pagados por la Clínica y pueden ser facturados al paciente, dependiendo de su contrato financiero. Pueden incluir servicios de radiología, laboratorio, terapia física y pruebas psicológicas. Sin embargo, en algunos casos, el paciente puede recibir una factura directamente del proveedor externo. Estos proveedores pueden facturar a los pacientes independientemente de la Clínica y tales cargos no están cubiertos por la política de asistencia financiera de la Clínica. La Clínica pagará por esos servicios para pacientes cubiertos según esta póliza, siempre que sean necesarios para el tratamiento básico. Si los servicios son opcionales, el paciente puede ponerse en contacto con estos proveedores por su propia cuenta para obtener información respecto de su participación en alguna política de asistencia financiera. En la actualidad, el único proveedor no cubierto que presta servicios en el campus de la Clínica y que factura directamente a los pacientes es Genomind. Si tiene preguntas sobre la política de asistencia financiera de Genomind, comuníquese directamente con este proveedor llamando al 877-895-8658.

Ocasionalmente, un paciente actualmente hospitalizado puede ser referido por la Clínica a un proveedor de servicios médicos externo a fin de recibir servicios médicos y dentales generales. Estos pueden incluir servicios de terapia física, laboratorio, radiología, odontología, etc. Los proveedores enviarán sus facturas directamente al paciente. El paciente será responsable de los arreglos financieros con cada proveedor externo. El paciente tiene la opción de elegir un proveedor diferente y de rechazar los servicios. Si el costo de bolsillo fuese sustancial para el paciente, la Clínica evaluará la situación y podrá proporcionar un pago al proveedor externo, en nombre del paciente y según cada caso individual, para las personas que califiquen según esta política.