



**POLÍTICA CORPORATIVA  
DE TRIHEALTH, INC.**

<b>TÍTULO: Asistencia financiera para el hospital y el consultorio médico (Atención gratuita, Atención de caridad, Indigencia médica y Descuento por pago por cuenta propia)</b>	
<b>SECCIÓN: 07</b>	<b>POLÍTICA NÚMERO: 06.00</b>
<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGOR: 12/10</b>	<b>FECHA(S) DE REVISIÓN/EVALUACIÓN: 12/10, 06/12, Formulario de lineamientos actualizado 02/2014, 08/2014, 03/2017, 06/2018</b>
<b><u>ÁREAS AFECTADAS</u></b> Todas las entidades de TriHealth.  Esta política reconoce que existen otras políticas y procedimientos relevantes y aplicables que las entidades (y los departamentos) dentro de TriHealth han incluido, aprobado y adoptado y que son específicas para dichos departamentos y entidades. La interpretación de estas otras políticas debe cumplir con los principios adoptados por la Política corporativa N.º 12_01.00, “Políticas corporativas: Desarrollo e implementación”.	
<b>PROPIETARIO DE LA POLÍTICA: VICEPRESIDENTE SÉNIOR Y DIRECTOR DE FINANZAS</b>	
<b>APROBADO POR:</b> <b>CONSEJO DIRECTIVO</b> <b>POLÍTICA CORPORATIVA Y COMITÉ DE PROCEDIMIENTO</b> <b>PRESIDENTE DE SERVICIOS DE SALUD Y DIRECTOR DE OPERACIONES DEL SISTEMA</b> <b>PRESIDENTE Y DIRECTOR EJECUTIVO</b>	

**PROPÓSITO**

Define los lineamientos en virtud de los cuales se determina la elegibilidad de los pacientes para recibir atención gratuita o asistencia financiera y se identifica quién es responsable de administrar dichos lineamientos.

**ANTECEDENTE**

Good Samaritan Hospital fue fundado por Sisters of Charity, mujeres generosas que supieron ver las necesidades e intentaron satisfacerlas. Las diaconisas metodistas alemanas, que comenzaron con Bethesda Hospital, también eran mujeres generosas que intentaron brindar atención a los necesitados. Ambas fundadoras de TriHealth buscaron contribuciones de parte de la comunidad para que las ayude a atender a los pobres, dado que la misión no se podía lograr ni podía sobrevivir sin los fondos adecuados. TriHealth continúa con esta tradición de responder a la necesidad legítima de la comunidad mediante una atención gratuita y de costo reducido para pacientes elegibles a través de su Política de asistencia financiera para el Hospital y el consultorio médico (la “Política”).

- |                                                                                                                                            |                                                          |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Estándar de la Comisión Conjunta (TJC):                                                                           | <input type="checkbox"/> Licencia                        |
| <input type="checkbox"/> Agencias regulatorias: <u>Departamento de Medicaid de Ohio (ODM); Servicio de Impuestos Internos, IRC §501(r)</u> | <input type="checkbox"/> Otro: Estándar del Departamento |

## **POLÍTICA**

TriHealth está comprometida a proporcionar asistencia financiera a aquellas personas que tienen necesidades de salud y no están aseguradas, tienen un seguro insuficiente, no resultan elegibles para un programa gubernamental o, de otro modo, no pueden pagar la atención médicamente necesaria basándose en su situación financiera y criterios de elegibilidad.

La asistencia financiera no se considera un sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de TriHealth para obtener la asistencia financiera u otras formas de pago y que contribuyan con el costo de su atención basándose en su capacidad individual para hacerlo. Esto incluye solicitar Medicaid y/o productos del Mercado de seguros de salud (Health Insurance Marketplace (Intercambio), si correspondiera. Se debe recomendar a los individuos que tengan capacidad financiera para adquirir un seguro de salud que lo hagan, como una forma de garantizar el acceso a los servicios de salud para toda su salud personal y para la protección de sus bienes personales.

Para poder administrar sus recursos de manera responsable y para permitir que TriHealth brinde el nivel de asistencia apropiado al mayor número de personas con necesidades, se establecieron los siguientes lineamientos para la provisión de la asistencia financiera al paciente.

### **ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:**

TriHealth brinda atención médica de emergencia sin discriminar, independientemente de la elegibilidad de dicha persona para recibir Asistencia financiera en virtud de esta Política. TriHealth no desalienta a los pacientes en cuanto a la búsqueda de atención de emergencia mediante acciones como solicitar que los pacientes paguen antes de recibir la atención médica de emergencia. Los servicios médicos de emergencia, de conformidad con la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA), se proporcionan a todos los pacientes de TriHealth sin discriminación.

## **PROCEDIMIENTO**

### **I. Servicios elegibles**

**Los Servicios elegibles de conformidad con esta Política (los “Servicios elegibles”) se refieren a todos los servicios de emergencia y médicamente necesarios, incluso los que se detallan a continuación. Para obtener una lista de los centros y los proveedores incluidos, consulte el Anexo B.**

- Servicios hospitalarios para agudos, ya sean emergentes, para pacientes internados o ambulatorios.
- Servicios proporcionados por los médicos de TriHealth en un centro de TriHealth (factura profesional).
- Visitas al consultorio médico de un médico de TriHealth u otro proveedor empleado.

## **Los Servicios excluidos de conformidad con esta Política incluyen los siguientes:**

- Servicios que no se consideran médicamente necesarios.
- Servicios no facturados por TriHealth, que incluyen los servicios de médicos, servicios de atención domiciliaria, servicios de ambulancia, etc.
- Cirugía cosmética electiva, procedimientos de esterilización y de reversión de esterilización electivos, diagnóstico y tratamiento de la fertilidad, y pruebas de detección asociadas.
- Servicios no cubiertos por Medicaid.
- Medicamentos para llevar de farmacias minoristas.
- Artículos para la comodidad de los pacientes.

TriHealth mantiene una lista de proveedores que no son empleados de TriHealth, pero que proporcionan Servicios elegibles y dicha lista identifica si esta Política se aplica o no a dichos proveedores. La lista se encuentra disponible en línea en <http://www.trihealth.com/tools/pay-your-bill/financial-assistance/> y se puede obtener una copia impresa de forma gratuita en Bethesda North Hospital 10500 Montgomery Rd, Cincinnati, OH 45242/Good Samaritan Hospital 375 Dixmyth Ave, Cincinnati, OH 45220 o llamando al (513) 865-5148/(513) 862-4745.

## **II. Programas de asistencia financiera para pacientes elegibles con base en la Necesidad financiera**

Cualquier paciente que reciba un Servicio elegible puede ser elegible para uno de los programas de asistencia financiera que se mencionan a continuación, si el paciente reúne alguno de los siguientes criterios:

**A. Elegibilidad para la atención gratuita a través del Programa de garantía de la atención hospitalaria de Ohio (Ohio Hospital Care Assurance Program, HCAP):** La elegibilidad para el HCAP se considerará solo para los servicios hospitalarios y para los residentes del estado de Ohio. Los residentes de Ohio que soliciten Asistencia financiera y reúnan los requisitos de elegibilidad en virtud con lo estipulado en el Programa de garantía de la atención hospitalaria de Ohio (HCAP), según se administra a través del Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid), se considerarán elegibles para el HCAP. La Atención gratuita se basa en los Lineamientos sobre los Ingresos de pobreza federales publicados por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) en el Registro Federal (consulte el Anexo A).

**B. Elegibilidad para la Asistencia financiera con base en la Necesidad financiera:** La elegibilidad para la Asistencia financiera, financiada por TriHealth, se considerará para aquellos individuos que no tienen seguro, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para algún programa de beneficios gubernamental para la atención médica y que no pueden pagar por su atención, basándose en una determinación de Necesidad financiera de conformidad con esta Política. El otorgamiento de la Asistencia financiera se basará en una evaluación financiera individualizada y no tendrá en cuenta la edad, el sexo, la raza, la orientación sexual o la afiliación religiosa.

1. **Descuento para individuos sin seguro o con seguro insuficiente:** Un paciente sin seguro o con seguro insuficiente puede recibir un \_descuento de entre el ochenta y el cien por ciento (80 a 100 %) del saldo del paciente basándose en el Ingreso familiar y la Necesidad financiera, según lo determinan los Niveles de pobreza federales (Federal poverty levels, FPL) para los Servicios elegibles (consulte el Anexo A). El monto del descuento que se proporciona según el párrafo anterior en todos los casos será lo suficientemente grande como para que el paciente no sea personalmente responsable de pagar más que los Montos generalmente facturados (Amounts Generally Billed, AGB).
  
2. **Elegibilidad presunta:** En el caso de que TriHealth carezca de evidencia para respaldar la elegibilidad del paciente para la Asistencia financiera, TriHealth usará agencias o fuentes de datos externos para determinar los montos de ingreso estimados para basarse en la determinación de la elegibilidad para la Asistencia financiera y los montos de descuento posibles. A los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, que reúnen alguno de los siguientes criterios, se les puede otorgar la elegibilidad presunta:
  1. Pacientes cuyo estado se define como “sin hogar” o “transitorio”.
  2. Cuenta identificada en un aviso de quiebra oficial.
  3. Paciente fallecido sin bienes para la masa hereditaria.
  4. Participación en los programas para Mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC).
  5. Elegibilidad para cupones de alimentos.
  6. Elegibilidad para el programa de almuerzo escolar subsidiado.
  7. Vivienda por bajos ingresos/subsidiada proporcionada como dirección válida.

**C. Indigencia médica:** Cualquier paciente cuyas facturas médicas por Servicios elegibles excedan el cien por ciento (100 %) del Ingreso familiar del paciente luego de haberse aplicado todos los otros descuentos, según se describe en el párrafo D a continuación, pueden recibir un descuento adicional en el monto restante luego de la aplicación de todos los otros descuentos iguales a lo que resulte mayor entre el (i) sesenta por ciento (60 %) o (ii) el monto necesario para garantizar que la parte de la factura original por la que el paciente es responsable es menos que el AGB de la factura original.

**D. Asistencia con el deducible:** En el caso de pacientes que necesiten asistencia con su saldo luego del seguro, (es decir, los deducibles) el paciente o un miembro de la familia pueden solicitar el programa de Asistencia financiera del Hospital. La Asistencia financiera se puede otorgar para la parte de la factura de la que el paciente sea responsable basándose en el Ingreso familiar y la Necesidad financiera, según lo determinan los Niveles pobreza federales para los Servicios elegibles (consulte el Anexo A).

### **III. Descuento por pago por cuenta propia – No se basa en la Necesidad financiera**

El siguiente descuento no se basa en la Necesidad financiera o la satisfacción de los criterios de elegibilidad en virtud de esta Póliza. Este descuento se incluye en esta Política, más bien como una conveniencia administrativa y un beneficio para los pacientes de TriHealth.

Un paciente que elige ser parte de la lista de Pago por cuenta propia, ya sea por elección o porque el paciente no tiene seguro y no ha solicitado la Asistencia financiera, ni se presume elegible para la Asistencia financiera, recibirá un descuento inicial de los cargos por los Servicios elegibles, de conformidad con el tipo de servicio que se menciona a continuación. En el caso de que este paciente solicite la Asistencia financiera y se considere elegible para descuentos mayores u otros programas, el descuento inicial (según la tabla de abajo) se revertirá y se dará un descuento mayor de conformidad con dicha elegibilidad.

<u>Tipo de servicio</u>	<u>Descuento</u>
Servicios hospitalarios	35 %
Proveedor de atención primaria	25 %
Proveedor de especialidad	35 %

#### **IV. Determinación de la Necesidad financiera**

**A. Lineamientos sobre la Asistencia financiera.** Los Servicios elegibles estarán disponibles para el paciente en una escala de tarifas variable, de conformidad con la Necesidad financiera, según se determina en referencia a los Niveles de pobreza federales (FPL) en vigor al momento de la determinación.

1. Los pacientes cuyo Ingreso familiar es igual a o menor que el 150 % del FPL según lo determinó la evaluación financiera, recibirán un descuento del 100 % para los Servicios elegibles proporcionados por TriHealth.
2. Los pacientes cuyo Ingreso familiar excede el 150 %, pero que es igual o menor que el 300 % del FPL según lo determinó la evaluación financiera, recibirán un descuento del 80 % para los Servicios elegibles.

Para recibir cualquiera de los descuentos antes mencionados para los Servicios elegibles proporcionados por un hospital de TriHealth, es necesario que un individuo complete una Solicitud para la asistencia financiera (consulte el Anexo C).

**B. Procedimiento.** Para que se le considere para la Asistencia financiera para el Hospital, es posible que ocurran los siguientes pasos:

1. El “Período de aplicación” se refiere al período durante el que TriHealth debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia financiera en virtud de la política de Asistencia financiera. El Período de aplicación comienza en la fecha en que se proporciona la atención y finaliza el 240.º día luego de que TriHealth proporciona el primer comprobante de facturación posterior al alta. De allí en adelante, TriHealth, según su criterio, puede elegir no aceptar las solicitudes en virtud de esta Política de Asistencia financiera.

2. El paciente o miembro de la familia deben completar la Solicitud de Asistencia financiera para el hospital (consulte el Anexo C), que incluye el informe del ingreso bruto por un mínimo de 3 meses (hasta 12 meses) antes de la fecha de servicio. Se requiere un comprobante de ingresos, excepto para determinadas situaciones según lo determina la gerencia de TriHealth.
3. TriHealth puede usar un tercero o fuentes de datos externas públicamente disponibles que brinden información sobre la capacidad el paciente o el garante del paciente para pagar (incluso, entre otros, la puntuación crediticia);
4. TriHealth puede explorar fuentes de pago y cobertura alternativas de programas de pago públicos y privados y asistir a los pacientes para presentar una solicitud para tales programas. Si otras fuentes se consideran disponibles, el paciente/miembro de la familia debe cooperar con la solicitud para que esas otras fuentes se consideren para el programa de Asistencia financiera.
5. TriHealth puede revisar las cuentas por cobrar pendientes del paciente por los servicios previos proporcionados y el historial de pago del paciente.
6. TriHealth, luego de una auditoría de los datos recibidos sobre la capacidad de pago del paciente, (como la puntuación crediticia), puede solicitar una prueba de dicha información financiera, como declaraciones de impuestos, formularios W2, recibos de sueldo, resúmenes bancarios u otros documentos financieros que correspondan.

### **C. Determinación inicial y reevaluación**

Se usará una determinación de la Necesidad financiera para establecer la elegibilidad del paciente para recibir

los Servicios elegibles.

1. A los pacientes internados se les exigirá que completen una solicitud en cada admisión, salvo que el paciente sea admitido nuevamente dentro de los 45 días del alta debido a la misma afección subyacente.
2. Las solicitudes de pacientes ambulatorios aprobadas entran en vigor por 90 días a partir de la fecha inicial de los servicios.
3. La solicitud de un paciente internado se puede usar para cubrir los servicios ambulatorios del paciente en un período de 90 días inmediatamente después del primer día de una estadía como paciente internado.

**D. Puntualidad.** Los valores de dignidad humana y administración de TriHealth se reflejarán en el proceso de solicitud, la determinación de la Necesidad financiera y el otorgamiento de la Asistencia financiera. Las solicitudes de Asistencia financiera se procesarán de forma oportuna y TriHealth notificará al paciente o al solicitante dentro de los cuarenta y cinco (45) días de haber recibido la solicitud completa que incluye toda la documentación necesaria.

### **IV. Publicación de la Política a los pacientes y al público**

TriHealth publicará ampliamente esta Política para ayudar a sus pacientes y a la comunidad a recibir el acceso a la Asistencia financiera. Esta Política, la Solicitud de asistencia financiera y el Resumen en lenguaje sencillo de esta Política se harán públicos de la siguiente forma:

- la información será proporcionada por el personal de registro;
- la información se incluirá en los resúmenes para los pacientes;
- la información se publicará mediante letreros y estará disponible dentro de los hospitales (incluso en las áreas de emergencia, de admisión, así como en los departamentos de registro y las oficinas comerciales);
- la información se publicará en el sitio web de TriHealth; y
- la información estará disponible o se publicará en otros lugares públicos en los hospitales de TriHealth, según lo elija TriHealth.

TriHealth informará a la comunidad a la que presta servicios en sus hospitales a través de métodos razonablemente calculados para llegar a aquellos miembros de la comunidad que más requieran la Asistencia financiera, por ejemplo mediante copias distribuidas en los bancos de alimentos locales.

Dicha información se proporcionará en los idiomas que TriHealth considere los más hablados por la población a la que le presta servicios, según se describe en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act). En caso de necesitar traducción

u otra asistencia para que sea más fácil completar la Solicitud de Asistencia financiera de TriHealth, se proporcionará la traducción y otros pedidos que sean razonables para recibir la asistencia.

Se podrá derivar a los pacientes para la determinación de la Asistencia financiera por parte de cualquier miembro del personal o el equipo médico de TriHealth, que incluye a médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de caso, capellanes y patrocinadores religiosos o por el paciente o un miembro de la familia, amigo cercano o asociado del paciente, sujeto a las leyes de privacidad vigentes.

## **V. Relación con las políticas de cobro**

De conformidad con la Política sobre facturación y cobro, TriHealth no demandará Acciones de cobro extraordinarias (Extraordinary Collection Actions, ECA) contra un paciente o garante antes de que TriHealth haya hecho todos los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para la Asistencia financiera según esta Política.

Las acciones de cobro que TriHealth puede tomar si una Solicitud de asistencia financiera o el pago no se reciben se describen en la Política sobre facturación y cobro de TriHealth.

- Para obtener más información sobre las medidas que TriHealth tomará para informar a los pacientes sin seguro acerca de nuestra política de asistencia financiera y actividades de cobro que podamos demandar, consulte la Política sobre facturación y cobro de TriHealth.
- Puede solicitar una copia gratis de la Política de asistencia financiera y de la Política sobre facturación y cobro en los centros de TriHealth, por correo postal escribiendo a HCAP/Financial Assistance, PO Box 639461, Cincinnati, OH 45263-9461, por teléfono al (513)865-5148/(513)862-4745 o en línea en: <http://www.trihealth.com/tools/pay-your-bill/financial-assistance/>

## **VI. Determinación de los montos cobrados a los pacientes:**

TriHealth puede potencialmente facturarle a un paciente los cargos brutos antes de saber si el paciente califica para la Asistencia financiera. TriHealth, sin embargo, no usará los cargos brutos al facturarles a aquellos individuos que TriHealth sepa que califican para la Asistencia financiera.

Una vez que se haya establecido la elegibilidad para la Asistencia financiera, TriHealth no les cobrará a los pacientes que sean elegibles para la Asistencia financiera más que los montos generalmente facturados (AGB) en el caso de los pacientes sin seguro por atención de emergencia o médicamente necesaria.

## **VII. Método de cálculo de los AGB**

Para calcular los Montos generalmente facturados (AGB), TriHealth usa el método “retrospectivo” descrito en el Reglamento del Tesoro 1.501(r)-5(b)(3).

Según este método, TriHealth usa los datos basándose en los reclamos enviados para la tarifa por servicio de Medicare y a todas las aseguradoras de salud privadas para la atención de emergencia o médicamente necesaria durante el período de los últimos 12 meses para determinar el porcentaje de los cargos brutos que por lo general permiten dichas aseguradoras.

Los porcentajes de los AGB luego se multiplican por los cargos brutos por atención de emergencia y médicamente necesaria para determinar los AGB. TriHealth recalcula el porcentaje cada año. En 2017, el porcentaje de los AGB para los servicios ambulatorios y de pacientes internados es del 30 %.

A ningún paciente elegible para la Asistencia financiera se le cobrará más que los AGB por los Servicios elegibles, luego de que se haya tomado la determinación de elegibilidad.

## **VIII. Otras disposiciones**

**A. Capacitación del personal** TriHealth capacitará a su personal de los departamentos de admisión/registro, asesoramiento financiero, contabilidad para pacientes y de los consultorios médicos en relación con la disponibilidad de la Asistencia financiera en virtud de esta Política.

**B. Sin expectativa de derivación.** Los descuentos que se ofrecen en virtud de esa Política no estarán ligados de ningún modo al acceso futuro a o a la prestación de servicios de atención médica cubiertos por un programa federal o comercial o por un responsable del pago. Del mismo modo, no se ofrecerá ningún descuento en respuesta a servicios de salud actuales, pasados o futuros como recompensa por acceder a estos **servicios**.

**C. Informe anual de administración y elaboración de presupuesto.** TriHealth evaluará de forma periódica su programa de Asistencia financiera en virtud de esta Política y preparará informes anuales según considere pertinente.



Los costos de la Asistencia financiera se informarán anualmente en el informe de beneficios comunitarios de TriHealth, en los informes financieros auditados y donde corresponda.

**D. Requisitos regulatorios.** Al implementar esta Política, la administración de TriHealth y los centros deberán cumplir con todas las otras leyes, normas y reglamentos federales, estatales y locales que puedan corresponder a las actividades que se llevan a cabo de conformidad con esta Política.

## **DEFINICIONES**

A los fines de esta Política, los términos a continuación se definen de la siguiente manera:

“**Familia**” tiene el siguiente significado dependiendo de la edad y las circunstancias del paciente:

- (a) Si el paciente tiene 18 años o más, entonces “**Familia**” significa:
  - (i) el paciente;
  - (ii) el cónyuge del paciente, independientemente de si vive o no en el hogar del paciente o aparte; y
  - (iii) todos los hijos del paciente, naturales o adoptivos, menores de dieciocho años que viven en el hogar del paciente.
  
- (b) Si el paciente tiene menos de 18 años, entonces “**Familia**” significa:
  - (i) el paciente;
  - (ii) los padres/uno de los padres natural(es) o adoptivo(s) del paciente, independientemente de si vive(n) o no en el hogar del paciente; y
  - (iii) todos hijos de los padres/uno de los padres del paciente, naturales o adoptivos, menores de dieciocho años que viven en el hogar del paciente.
  
- (c) Si el paciente es el hijo de un padre menor de edad que aún vive en el hogar de los abuelos del paciente, entonces “**Familia**” significa:
  - (i) los padres/uno de los padres; y
  - (ii) los hijos de los padres/uno de los padres, naturales o adoptivos, que viven en el hogar.

“**Ingreso familiar**” se refiere al ingreso de todos los miembros de la Familia del paciente que tengan 18 años o más. A los fines de esta definición, Ingreso, según se determina con una base anual, antes del impuesto y las ganancias y pérdidas de capital exclusivas, **incluye:**

- salarios brutos, bonos, propinas, ingreso por actividades agrícolas y por empleo autónomo, indemnización por desempleo, beneficios por huelga, indemnización de los trabajadores, beneficios del Seguro social, ingreso complementario de Seguridad social, asistencia pública (excluidos los beneficios que no son en efectivo), asignaciones familiares militares, beneficios a veteranos, beneficios para sobrevivientes, pensión o ingreso por jubilación, estipendios por capacitación, intereses, dividendos, rentas, regalías, reembolsos impositivos, ingresos por herencia y fideicomisos, pagos del seguro y de anualidad, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil (siempre que el paciente sea el niño que se considera el destinatario previsto de la manutención infantil), apoyo regular de los miembros de la familia que viven fuera del hogar y otras fuentes variadas, si fuera significativo.

**“Asistencia financiera”** se refiere a los servicios de atención médica que se han proporcionado o se brindarán, pero que no se esperan que sean entradas en efectivo que resulten de la política de TriHealth por proporcionar servicios de salud gratuitos o con descuento a los individuos que cumplen con los criterios establecidos.

**“Necesidad financiera”** se refiere al Ingreso familiar que se demuestra que no excede un trescientos por ciento (300 %) de los Lineamientos de pobreza federales, según se establece para el tamaño de Familia correspondiente.

**“Indigencia médica”** se refiere a la situación en la que las facturas médicas por Servicios elegibles de un paciente exceden un cien por ciento (100 %) el Ingreso familiar luego de la aplicación de todos los descuentos elegibles disponibles en virtud de esta Política.

**“Médico”** se refiere a un médico empleado de TPP.

**“TPP”** significa TriHealth Physician Partners y cualquier otro consultorio médico de TriHealth.

**“Sin seguro”** se refiere a un paciente que no tiene nivel de seguro o la asistencia de un tercero que le ayude a cumplir con sus obligaciones de pago.

**“Seguro insuficiente”** se refiere a un paciente que tiene cierto nivel de seguro o la asistencia de un tercero, pero que aun así tiene gastos personales que exceden su capacidad financiera.

## **OTRAS ÁREAS/POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS**

Política sobre facturación o cobro (N.º 07\_06.00)

**Anexo A - Descuentos para la Asistencia financiera para el hospital y el consultorio médico para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente**

ASISTENCIA FINANCIERA: ELEGIBILIDAD FAMILIAR Y LINEAMIENTOS PARA LOS DESCUENTOS EN VIGOR A PARTIR DEL 13 DE ENERO DE 2018

Pacientes sin seguro y con seguro insuficiente  Tamaño de la familia	100 % de descuento	80 % de descuento
	(100-150 % de los lineamientos de pobreza)	(151-300 % de lineamientos de pobreza)
1	Ingreso familiar igual o menor que \$18,210	Ingreso familiar entre \$18,211 y \$36,420
2	Ingreso familiar igual o menor que \$24,690	Ingreso familiar entre \$24,691 y \$49,380
3	Ingreso familiar igual o menor que \$31,170	Ingreso familiar entre \$31,170 y \$62,340
4	Ingreso familiar igual o menor que \$37,650	Ingreso familiar entre \$37,651 y \$75,300
5	Ingreso familiar igual o menor que \$44,130	Ingreso familiar entre \$44,131 y \$88,260
6	Ingreso familiar igual o menor que \$50,610	Ingreso familiar entre \$50,611 y \$101,220
7	Ingreso familiar igual o menor que \$57,090	Ingreso familiar entre \$57,091 y \$114,180
8	Ingreso familiar igual o menor que \$63,570	Ingreso familiar entre \$63,571 y \$127,140

\*\*Para familias con más de 8 integrantes, agregar \$4,180 por cada persona adicional.

**Anexo B – Lista de entidades sujetas a esta Política**

**Podrá encontrar una lista de los proveedores que ofrecen Asistencia financiera de conformidad con esta Política a continuación y en línea en:**

<http://www.trihealth.com/tools/pay-your-bill/financial-assistance/>

Bethesda Arrow Springs  
Bethesda Butler Hospital  
Bethesda North Hospital  
Good Samaritan Glenway  
Good Samaritan Hospital  
Good Samaritan Western Ridge

McCullough-Hyde Memorial Hospital  
TriHealth Anderson  
TriHealth Evendale Hospital  
TriHealth Kenwood  
TriHealth Physician Partners

**TriHealth Financial Assistance/HCAP Application**  
**Solicitud de Asistencia financiera/HCAP de TriHealth**  
**\*Proof of Income Required with Application\***  
**\*Comprobante de Ingreso exigido con la solicitud\***



Patient/Guarantor Info  
 Datos del paciente/garante

Dates of service  
 Fechas del servicio

Date of Birth  
 Fecha de nacimiento

Phone  
 Teléfono

Social Security Number  
 Número de Seguro social

Address  
 Dirección

City  
 Ciudad

State  
 Estado

Zip  
 Código postal

Marital Status (circle one):  
 Estado civil (encierra en un círculo una opción):

Single  
 Soltero(a)

Married  
 Casado(a)

Separated  
 Separado(a)

Divorced  
 Divorciado(a)

Widowed  
 Viudo(a)

Do you have health insurance?/¿Tiene seguro de salud?  
 YES/SÍ NO

Have you applied for Medicaid?/¿Ha solicitado Medicaid?  
 YES/SÍ NO

If Yes, list the name of your insurance plan/Si responde "Sí", mencione su plan de salud

The following information must be provided for all people in your immediate family who live in your home. For purposes of this application, "Immediate Family" is defined as the parent(s), Patient's spouse (regardless of whether they live in the home, and all of the Patient's children under 18 (natural or formal adoption) who live in the Patient's home.

Debe proporcionar la siguiente información sobre cada miembro de su familia inmediata que viva en su hogar. A los fines de esta solicitud, "familia inmediata" se define como los padres, el cónyuge del paciente Independientemente de que viva o no en la misma casa) Y todos los hijos del paciente que sean menores de 18 años (naturales o adoptados formalmente) y que vivan en la casa del paciente.

First Name Nombre	Last Name Apellido	Date of Birth Fecha de nacimiento	Social Security Number Número de Seguro social	Relationship to You (Circle one) Relación con usted (encierra en un círculo una opción)			Income Ingresos	Type of Income (LIST ALL) (Wages, Social Security, Retirement, etc.)  Tipo de Ingresos (ENUMÉRELOS TODOS) (Salarios, Seguridad Social, Retiro, etc.)
				PATIENT PACIENTE			YES NO SI NO	
				Spouse Cónyuge	Child Hijo	Parent Padre o madre	YES NO SI NO	
				Spouse Cónyuge	Child Hijo	Parent Padre o madre	YES NO SI NO	
				Spouse Cónyuge	Child Hijo	Parent Padre o madre	YES NO SI NO	
				Spouse Cónyuge	Child Hijo	Parent Padre o madre	YES NO SI NO	
				Spouse Cónyuge	Child Hijo	Parent Padre o madre	YES NO SI NO	

**REQUIRED OBLIGATORIO**

Please provide proof of income and list total gross **family** income (income before taxes) below:

*Proporcione evidencia de los ingresos y enumere el ingreso bruto total **familiar** (ingresos antes de impuestos) a continuación:*

3 calendar months prior to the date of service: \$ \_\_\_\_\_

3 meses calendario antes de la fecha del servicio: \$ \_\_\_\_\_

12 calendar months prior to the date of service: \$ \_\_\_\_\_

12 meses calendario antes de la fecha del servicio: \$ \_\_\_\_\_

If you list your income as 0\$, please provide a brief explanation regarding how you are being supported to meet your daily needs.

*Si describe su ingreso como de \$0, proporcione una explicación breve respecto de cómo se mantiene para satisfacer sus necesidades diarias.*

---

***This document is legal and binding. Please include documentation to support the income information you have provided. Your signature attests that, to your knowledge, the information provided is accurate.***

*Este documento es legal y vinculante. Por favor, incluya documentación para respaldar la información de ingresos que haya proporcionado. Su firma a continuación atestigua que, a su leal entender, la información proporcionada es exacta.*

---

**Signature / Firma**

---

**Date / Fecha**

Account Number(s):

*Número(s) de cuenta(s):*

Mail completed application and proof of income to:

*Envíe la solicitud completa y los comprobantes del Ingreso por correo postal a:*

Financial Assistance, TriHealth Inc., P.O. BOX: 639461 Cincinnati, OH 45263-9461  
<http://www.trihealth.com/tools/pay-your-bill/financial-assistance/>