Owensboro Health

Póliza del sistema

Informacion de la póliza

Número de póliza: 100-317
Vigencia: 1/1/19

Programa de asistencia financiera

Declaración de propósito:

Owensboro Health, Inc. (“OH") se compromete a proporcionar atención de emergencia y de necesidad médica a pacientes sin discriminar y sin importar su capacidad de pago, capacidad para calificar para recibir asistencia financiera, o disponibilidad de cobertura de terceros. Bajo esta póliza de asistencia financiera (la "póliza"), OH tiene la intención de abordar el interés doble de proporcionar acceso a la atención sin costo a personas sin capacidad de pago y de ofrecerle un descuento de cargos facturados a personas que con capacidad de pagar una parte de los costos de su atención. Esta Política proporciona el marco básico para el Programa de Asistencia Financiera que se aplicará a Owensboro Health Regional Hospital, Owensboro Health Muhlenberg Community Hospital, Owensboro Health Twin Lakes Medical Center, Owensboro Health Medical Group servicios de proveedores ("Clínica") y servicios de salud en el hogar.

Esta póliza tiene por objeto cumplir con la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y las regulaciones relacionadas. Esta póliza describe: (i) los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera, y si dicha ayuda incluye atención gratuita o con descuento; (ii) la base para calcular la cantidad cobrada a los pacientes; (iii) el método para solicitar asistencia financiera; y (iv) el enfoque del Hospital y a las determinaciones de la elegibilidad presunta y los tipos de información que el Hospital va a utilizar para evaluar la elegibilidad presunta. En una póliza separada, disponible en línea en www.owensborohealth.org, y al solicitar a algún miembro del personal de servicios financieros para pacientes, se encontrarán detalles sobre qué acciones de cobranza puede tomar el Hospital en caso de falta de pago, incluidas acciones civiles de cobranza e informes a agencias de informes crediticios del consumidor, para pacientes que califican para recibir asistencia financiera.

Esta póliza será efectiva al momento de la aprobación por la Junta Directiva (la "Junta"), en su capacidad de órgano rector para cada Hospital OH, Clínica y/o Salud Domiciliaria y constituirá la póliza de asistencia financiera oficial (en el sentido de la sección 501(r) del Código de Impuesto Interno) para cada dicho hospital. La Junta Directiva revisará esta póliza anualmente en nombre de cada una de las entidades de OH.

Detalles de la póliza :

Definiciones

A. Montos generalmente facturados (AGB) significa los gastos y usuales y habituales por los servicios cubiertos proporcionados a las personas elegibles bajo el programa de asistencia financiera, multiplicado por el porcentaje de AGB específico del Hospital aplicable a dichos servicios.

B. Activo significa efectivo o equivalentes (por ejemplo, certificados de depósito) y las inversiones que no sean de jubilación.

C. Póliza de Facturación y Cobranzas significa la póliza de OH titulada " Póliza de Facturación y Cobranzas," ya que la misma puede modificarse de vez en cuando.

D. Los servicios cubiertos significa aquellos servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados por un Hospital de OH que son médicamente necesarios de acuerdo con los estándares del intermediario fiscal de Medicare del OH.

E. Condición de emergencia significa una condición médica de un paciente sin seguro médico que cuenta con el resultado de la aparición repentina de una afección de salud con síntomas agudos que, ante la falta de atención médica inmediata, razonablemente podría resultar en un grave peligro para la salud del paciente sin seguro médico (o en el caso de una mujer embarazada, un bebé no nacido) en serio peligro, como resultado una discapacidad grave a las funciones del organismo del paciente sin seguro médico o como resultado de una disfunción grave de cualquier parte u órgano del cuerpo. Una mujer embarazada con contracciones se considera que tiene una afección de emergencia.

F. Servicios de emergencia significa los servicios necesarios y apropiados tratar una condición de emergencia.

G. Individuo elegible para FAP significa una persona elegible para recibir asistencia financiera bajo esta póliza de acuerdo con la sección III. C de esta póliza

H. "Asistencia financiera" significa los servicios cubiertos gratuitos o con descuento brindados a las personas elegibles para FAP.

I. Hospital significa cada centro hospitalario con licencia estatal propiedad o arrendado por OH o una de sus afiliadas, incluido Owensboro Health Regional Hospital, Owensboro Health Muhlenberg Community Hospital, Owensboro Health Twin Lakes Medical Center y cada hospital operado por OH en el que OH La junta directiva tiene la autoridad de gobierno sobre las operaciones de dicho hospital.

J. Porcentaje AGB específico del Hospital significa para cada Hospital, un porcentaje derivado de dividir (1) la suma de todos los pagos recibidos por los servicios médicamente necesarios proporcionados en dicho Hospital durante el período relevante por Medicare cargo-por-servicio, por (2) los gastos brutos usuales y habituales por dichos servicios médicamente necesarios. Los porcentajes AGB específicos del Hospital por el período relevante inicial se calcularán no más tarde del 30 de septiembre de 2016. Después de eso, el porcentaje AGB específico del Hospital se calculará no más tarde del 30 de septiembre de cada año. Cada porcentaje AGB específico del Hospital estará vigente hasta el siguiente cálculo anual del porcentaje AGB específico del Hospital basado en el período relevante más reciente. El cálculo de cada porcentaje AGB del Hospital cumplirá con el "método de mirar hacia atrás" descrito en el Reglamento del Tesoro § 1-501(r) (1) (B). El porcentaje AGB específico del Hospital del corriente año puede obtenerse llamando al 270-685-7500.

K. Tamaño de la familia significa el esposo y la esposa (si aplica) y cualquier niño o miembro de la familia que pueda considerarse como dependiente desde el punto de vista impositivo.

L. Ingresos Intereses no relacionados con el retiro y dividendos de acciones y bonos, salarios, compensación por otros servicios, propinas, pensiones (incluye retiros de rutina u obligatorios), honorarios por servicios, precios por bienes vendidos, ingresos por propiedad rentada, ganancias sobre la venta de otra propiedad, pensión alimenticia o regalías, pagos de subsidio de adopción.

M. Medicaid significa todos los programas estatales y federales que incluyen (pero no se limitan a) Medicaid y organizaciones de atención administrada de Medicaid.

N. Médicamente necesario o atención médicamente necesaria significa aquellos servicios necesarios para identificar o tratar una enfermedad o lesión que se diagnostica o se sospecha razonablemente que es médicamente necesaria tomando en cuenta el nivel más apropiado de atención.
Según de la condición médica del paciente, el lugar más adecuado para la prestación de la atención puede ser una casa, el consultorio del médico, un centro para pacientes ambulatorios o una atención, rehabilitación o cama de hospital de largo plazo. Para ser médicamente necesario, un servicio debe:

1. Ser requerido para el tratamiento de una enfermedad o lesión;

2. Ser consistente con el diagnóstico y tratamiento de las afecciones del paciente;

3. Ser acorde a las normas de una buena práctica médica;

4. No ser para la comodidad del paciente o el médico del paciente; y

5. Ser el nivel de atención más apropiado para el paciente según lo determina la condición médica del paciente y no la situación financiera o familiar del paciente.

Médicamente necesario NO incluye lo siguiente:

1. Cirugía estética electiva (pero no cirugía plástica diseñada para corregir desfiguración causada por una lesión, enfermedad o defecto congénito o deformidad);

2. Todos los servicios relacionados con el bariátrico (Incluyendo, entre otros, procedimientos quirúrgicos para perder peso);

3. Procedimientos experimentales, incluidos los procedimientos, dispositivos o implantes no–aprobados por la FDA;

4. Servicios para los cuales la compañía de seguros del paciente deniega una autorización previa;

5. Costo de reemplazo de lentes de especialidad;

6. Aparatos de corrección auditiva y reparación de aparatos de corrección auditiva;

7. Tratamiento de fertilidad; y

8. Servicios o procedimientos para los cuales hay un sustituto razonable o si la compañía de seguros del paciente le proporciona un servicio o procedimiento que sea un servicio o procedimiento cubierto.

O. Paciente significa la persona que recibe o está inscrita para recibir tratamiento médico, o la persona que es financieramente responsable de la persona que recibe los servicios, como por ejemplo en el caso de garantes, menores de edad o personas con discapacidades mentales.

P. PFS significa servicios financieros para pacientes, la unidad operativa de OH responsable de facturar y cobrar cuentas de autopago por los servicios de hospital/clínica.

Q. Resumen de lenguaje simple significa un resumen de lenguaje simple específico del Hospital que notifica a una persona que OH ofrece ayuda económica bajo el programa de asistencia financiera. El Resumen de lenguaje simple se adjunta en el **anexo C** de esta póliza.

R. Período Relevante es el período de 12 meses desde el 1 de junio al 31 de mayo.

S. Pacientes sin seguro médico significa un paciente sin el beneficio de seguro de salud o programas del gobierno a los que se pueda facturar por los servicios cubiertos que se les proporcionan por servicios médicos, servicios hospitalarios o Servicios Domiciliarios, y que no está excluida de esta póliza de ninguna otra manera bajo la sección III. B a continuación.

T. Gastos usuales y habituales significa las tarifas por los servicios cubiertos según lo establecido por el Chargemaster para ese Hospital en el momento en que se prestan los servicios cubiertos. El Chargemaster está disponible pidiendo una cita al 270-685-7184.

Procedimiento

Resumen. OH está dedicado a proporcionar atención médica de calidad a todos los pacientes sin importar la edad, sexo, orientación sexual, raza, color, religión, discapacidad, condición de veterano, nacionalidad y/o capacidad de pago. Esta póliza establece el programa de asistencia financiera que está disponible para los pacientes sin seguro médico y los pacientes con un saldo a pagar después el seguro y los copagos, si aplican, si dicho paciente cumple con los criterios de elegibilidad establecen en la Sección III. C a continuación. Todos los pacientes identificados como pacientes sin seguro médico serán derivados a un representante de OH, quien examinará al paciente sin seguro médico para determinar su elegibilidad para el programa de asistencia financiera. Si el paciente sin seguro es elegible para Medicaid u otro programa federal, se le pedirá al paciente que solicite su inscripción a estos programas. Si el paciente no resulta ser candidato para ningún programa federal o estatal, la solicitud del programa de asistencia financiera de OH se le dará al paciente.

A. Exclusiones. Esta póliza y el programa de asistencia financiera a continuación **no** se aplican a farmacia para pacientes ambulatorios o exámenes de bienestar especial, o servicios relacionados con el cuidado a largo plazo para residentes Además, esta póliza no aplica a los cargos por servicios de otros proveedores cuyos servicios son coincidentes a los que proporciona OH. Para obtener una lista de proveedores adheridos a esta póliza de asistencia financiera, por favor, consulte el **Anexo A**. Los proveedores no incluidos en el **Anexo A** no adhieren a esta póliza. OH actualizará la lista de proveedores del **Anexo A** agregando información nueva o faltante, corrigiendo información errónea y eliminando información obsoleta por lo menos trimestralmente.

B. Métodos para solicitar asistencia financiera. Los pacientes pueden solicitar el programa de asistencia financiera por alguno de los siguientes medios:

1. Informando al personal de PFS en o antes del momento de su inscripción, que son pacientes sin seguro médico.
   a) El personal de PFS le ofrecerá al paciente la solicitud para recibir asistencia financiera.
   b) El personal de PFS le ofrecerá ayuda al paciente para solicitar cobertura de Medicaid o para hacer una cita con un asesor financiero para ayudar a los pacientes sin seguro médico a completar la solicitud de Medicaid.

2. Descargando e imprimiendo el formulario de solicitud del sitio web de salud del Owensboro (www.owensborohealth.org) y enviándolo por correo a los asesores financieros a la dirección que figura en el formulario de solicitud.

3. Solicitando un formulario de solicitud por teléfono: 270-685-7500. La solicitud del programa de asistencia financiera y el Resumen de lenguaje simple se le enviarán por correo al solicitante, sin costo alguno.

C. Criterios y determinación de elegibilidad. Los pacientes que reciben Asistencia financiera y que requieren de atención médicamente necesaria (pero no servicios de atención de emergencia) serán evaluados para la elegibilidad de Medicaid o cobertura de seguro médico de intercambio, y si es elegible, el paciente debe cooperar completamente con los requisitos de elegibilidad antes de que se programe el procedimiento o los servicios que se están prestando. Los pacientes elegibles que no se inscriben o rechazan la inscripción en la

cobertura de Medicaid o del seguro médico de intercambio accesible no serán elegibles para la Asistencia financiera. Excepto indicación por el contrario aquí provista, un paciente sin seguro médico o un paciente con un saldo a pagar después del seguro, generalmente calificará para el programa de asistencia financiera si cumple con cada de los siguientes requisitos:

1. Completa la solicitud del programa de asistencia financiera adjunta como **Anexo B** de esta póliza

2. Tiene un ingreso familiar anual igual o menor al 400% del nivel Federal de pobreza (incluidos activos);

3. Coopera completamente con la solicitud y el proceso de determinación de elegibilidad si OH le requiere que solicite su inscripción a Medicaid u otro programa estatal o federal. (Excluyendo pacientes de Kentucky Health en período de cierre patronal). Los Defensores financieros del paciente están disponibles para ayudar con el proceso de registro del Medicaid y del seguro médico de intercambio;

4. Se le niega la cobertura de Medicaid; y
5. Cumple con las responsabilidades del paciente que aparecen en la sección III. E.

Bajo el programa de asistencia financiera, los pacientes sin seguro médico y los pacientes con un saldo después de seguro que tienen un ingreso familiar (incluidos activos, tales como cuentas corrientes o de ahorros) de o por debajo del 300% de los lineamientos federales de pobreza, son elegibles para asistencia de 100%.

Si un paciente que requiere atención (que no sea de emergencia) está cubierto por un plan en el que OHI no está dentro de la red de proveedores, entonces al paciente se le informará que OHI está fuera de la red de servicios de su plan y como tal no será elegible para recibir asistencia financiera.

Cuando se ha hecho una determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera, todas las cuentas del paciente se tratarán de la misma manera durante seis meses después de la fecha de dicha determinación, sin necesidad de llenar una nueva solicitud para recibir asistencia financiera. Además, OHI tendrá en consideración para los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera, descuentos en todos los saldos pendientes que daten de 240 días atrás desde la fecha de la determinación de elegibilidad. Se requerirá una nueva solicitud por los servicios proporcionados después de seis meses o más de la determinación inicial (o los anteriores) o si se reciben indicaciones de que la condición financiera del paciente ha cambiado significativamente desde el período de evaluación inicial.

Una escala móvil de los cargos con descuento está disponible para los pacientes sin seguro médico y los pacientes con un saldo después de seguro, que tienen un ingreso familiar del 400% de los lineamientos federales de pobreza según el cuadro del **Anexo D**. Los descuentos que aparecen en la escala móvil a continuación se calculan multiplicando el porcentaje de descuento de la escala variable por los brutos cargos relacionados con la atención de emergencia y médicamente necesarios proporcionada.

No se le cobrarán a un individuo elegible para FAP los servicios de emergencia o de otros cuidados médicamente necesarios en una cantidad mayor que el monto generalmente facturado a las personas que tienen cobertura de seguro médico por dicha atención. Para todo el resto de la atención médica provista a individuos elegibles para FAP, OH limitará a los cargos a cargos inferiores al bruto.

Owensboro Health

Póliza del sistema

OH se compromete a aceptar la política del programa de descuento de tarifa variable para los pacientes que son referidos a OH a través de Audubon Area Community Care Clinic. La documentación de respaldo correspondiente de la aprobación de este programa de descuentos se enviará durante el proceso de derivación para identificar a estos pacientes. Esta política y las pautas de ingresos de la escala móvil están disponibles a pedido de las personas autorizadas.

Para los pacientes que son "personas simples" (es decir, Amish, menonitas de la vieja orden y menonitas conservadores), se proporciona un procedimiento por separado ya que su sistema de creencias les prohíbe recibir asistencia del gobierno o de OH. Debido a que no solicitarán Asistencia Financiera, no son elegibles para Asistencia Financiera bajo esta Política. No obstante, dichos pacientes desean pagar algo por la atención que reciben y, en consecuencia, se les ofrecerá un descuento. Para recibir este descuento, el individuo debe poder proporcionar una prueba válida de que él / ella es parte de estas comunidades. Esta Política excluye cualquier precio de paquete especial que se haya acordado con estas comunidades.

D. Prueba de activos. Si la combinación de todos los activos de las personas responsables es igual o menor a $10.000, entonces no se aplicará la prueba de los activos de la póliza. Si la combinación de todos los activos de las personas responsables excede los $10.000, entonces los activos que superen la cantidad $10,000 serán considerados por OH en la determinación de ingresos de la persona responsable y su elegibilidad para recibir asistencia financiera.

E. Responsabilidades del paciente. Para ser elegibles para recibir asistencia financiera, los pacientes deben completar con veracidad el formulario de solicitud requerido y enviar toda la documentación correspondiente. Los pacientes deberán responder de manera oportuna a las solicitudes de información o documentación por parte de un Hospital de OH. Un paciente a quien se le haya requerido que solicite su inscripción a Medicaid u otro programa estatal o federal, pero que no coopera completamente con el proceso de determinación de la solicitud y la elegibilidad, (Excluyendo pacientes de Kentucky Health en período de cierre patronal) no puede ser elegible para participar en el programa de asistencia financiera. Los pacientes deben notificar al Hospital inmediatamente de cualquier cambio en la situación financiera para que el Hospital pueda evaluar el impacto del cambio en la elegibilidad de ese individuo para recibir asistencia financiera o por un plan de pago. Si un paciente a sabiendas proporciona información falsa, no será elegible para recibir asistencia financiera, cualquier asistencia financiera que haya sido otorgada se podrá revertir, y la persona puede ser responsable de pagar en la totalidad de su cuenta.

F. Descuentos y ajustes. Los servicios cubiertos serán elegibles para descuentos, en forma total o parcial, si:

1. Una persona elegible para FAP califica para Medicaid después de que los servicios hayan sido provistos por OH (100% de descuento). Esto incluye cualquier factura por servicios anteriores a la cobertura, en que Medicaid no retrotrae la cobertura.
2. Una persona elegible para FAP que califica para Medicaid y que Medicaid le niega cobertura de servicios particulares cubiertos (100% de descuento).
3. Una persona elegible para FAP está aprobada para la participación en el programa de asistencia financiera al completar exitosamente la solicitud del programa de asistencia financiera y los documentos necesarios.

Al momento de la aprobación, los descuentos y ajustes se procesarán sin demora de acuerdo con los procedimientos de PFS.

G. Autoridad de firma para descuentos. Los descuentos del programa de asistencia financieras estarán sujetos a los siguientes límites de aprobación:

1. Hasta $2.500: Supervisor del Defensor financiero del paciente
2. Hasta $25.000: Gerente de la oficina comercial
3. Hasta $50.000: Director de integridad de ingresos
4. Hasta $100.000: Vicepresidente de servicios financieros
5. Más de $100.000: Director financiero

H. Planes de pago. OH ofrece planes de pago sin interés a los pacientes por los importes por los que sean personalmente responsables de pagar, después de aplicar cualquier reembolso o descuento de seguro bajo esta póliza. Para participar de los planes de pago del OH, el saldo pendiente del paciente debe ser un mínimo de $25 por mes y/o cancelado en 36 meses. Ejemplo: Saldo pendiente en cuenta o grupo de cuentas total de $1.000. El pago mínimo mensual de $27,78 cumpliría con el criterio de ser superior a $25 por mes y de ser cancelado dentro de los 36 meses. Bajo circunstancias limitadas, los planes de pago se pueden extender por plazos más largos con la aprobación del Supervisor de la oficina comercial o su superior.

I. Indigente Médico significa una persona que no califica para el programa de asistencia financiera debido a que sus ingresos superan los lineamientos de FAP bajo la sección III. C. La persona debe tener facturas médicas de OH que sean equivalentes o superen el 50% de su ingreso anual (incluidos los activos). Si se cumple con este criterio, la persona podría ser responsable por el 25% de su ingreso anual (incluidos los activos) y el resto podría ser cancelado. Las personas podrían ser consideradas no elegibles para este descuento si su ingreso supera las pautas de umbral de prima asequible.

J. Cobranza de saldos adeudados por los pacientes; Póliza de servicios financieros de facturación y cobranzas al paciente. Los Hospitales de OH pueden tomar algunas acciones, incluidas acciones de cobranza e informes a las agencias de crédito, contra pacientes, incluidas las personas elegibles para FAP, que no pagan los importes por los que son responsables según se describe en una póliza separada de facturación y cobranza. Bajo la póliza de facturación y cobranza, OH no emprenderá ciertas acciones de cobranza hasta no haber realizado esfuerzos razonables para determinar si un paciente que tiene un saldo pendiente es elegible para recibir asistencia financiera bajo esta póliza. La póliza de facturación y cobranza está disponible en el sitio web del OH en **www.owensborohealth.org**. Además, cualquier persona del público puede obtener una copia gratuita de la póliza de facturación y cobranza a solicitud a la oficina comercial o llamando al 270-685-7500.

K. Póliza de descuento por pronto pago. OH ofrece un descuento por pronto pago de 10% a pacientes sobre el primer estado de facturación después del alta, si el saldo se paga por completo dentro de los siguientes 30 días después de la fecha del estado de cuenta (el descuento por pronto pago no se aplica a los copagos de la clínica, vacunas, exámenes físicos para deportes, procedimientos cosméticos, gastos de administración bariátrica, servicios relacionados con el cuidado a largo plazo para residentes o servicios en cualquier clínica ambulatoria, incluido pero no limitado a la atención de urgencia MultiCare, Urgent Care-Ford y Urgent Care-Parrish).

L. Reembolsos. De manera consistente con la Política de facturación y cobro, OH reembolsará los montos previamente pagados por un Paciente, si el monto excede lo que OH ha determinado que el Paciente debería haber sido personalmente responsable por el pago después de aplicar el FAP, a menos que el monto sea menor

que $5 (indexado por inflación). OH puede aplicar reembolsos, en su caso, a una deuda del paciente por una atención anterior que no calificó para Asistencia financiera.

Divulgación de la póliza:

Cada Hospital de OH divulgará ampliamente este programa dentro de la comunidad que sirve. Para ese fin, OH dará los siguientes pasos para asegurarse de que los miembros de las comunidades a ser atendidos por sus hospitales estén en conocimiento de la póliza y tengan acceso a la póliza.

1. Cuando pondrá a disposición de la comunidad una copia de su póliza actual, publicando el Resumen de lenguaje simple en su página web, junto con copias descargables de esta póliza, la póliza de facturación y cobranza y el formulario de solicitud de asistencia financiera y sus instrucciones. No habrá ningún cargo para obtener acceso a estos materiales. El sitio web de OH (www.owensborohealth.org) incluirá vínculos visibles a estos materiales o tendrá un enlace visible a otro sitio web con vínculos a estos materiales.

2. OH proporcionará copias del Resumen de lenguaje simple en diversos lugares en sus Hospitales donde el Resumen de lenguaje simple estará disponible para los pacientes y sus familias.

3. OH pondrá a disposición, tanto en forma impresa o en línea, esta póliza, el Resumen de lenguaje simple, el formulario de solicitud y la póliza de facturación y cobranza, en inglés y en español.

4. Todos los estados de facturación para cuentas de autopago deben incluir información relacionada con el programa de asistencia financiera.

5. Cada Hospital incluirá información sobre la disponibilidad de asistencia financiera en los paquetes del alta proporcionados a los pacientes.

6. OH pondrá a disposición de las agencias gubernamentales apropiadas y organizaciones sin fines de lucro que tratan con la salud pública en las áreas de servicios de OH, información con respecto a esta póliza.

Owensboro Health

Póliza del sistema

Director de ciclo de ingresos:
Vicepresidente de servicios financieros de:
Director financiero:
Oficial de cumplimiento:
Presidente, Junta de directores:
Director Ejecutivo:

Owensboro Health

Póliza del sistema

ANEXO A

Lista de proveedores adheridos a la
Póliza de asistencia financiera del OH

- Todos los proveedores de Owensboro Health Medical Group
- Los proveedores de EMCARE (grupo del departamento de emergencias)
- Northstar Anesthesia de Kentucky, PLLC
- Rad-Socios (Radiología de Luisville)
- *Grupos no empleados de pago por llamada (en relación con la prestación de servicios de llamadas de emergencia):
    - **Cardiología**
        Getu Assefa
        Kishor Vora
        Lior Shamai
        Mukesh Gupta
        Roshan Mathew
    - **Endocrinología**
        Bernard Buchanan
    - **Nefrología**
        Hamza Arif
        Dhiren Haria
        Mahendra Maru
    - **Neuro-quirúrgicos**
        Jose Arias
        Harold Cannon
        David Eggers
        Eric Goebel
        Neil Troffkin
        David Weaver
    - **Oftalmología**
        Thomas Furgason
        Troy Haleman
        David Jones
        Daniel McCormack
        Charles Millsap
    - **Cirugía oral**
        Steven Ledford, DDS
    - **Ortopedia**
        S. Boles
        Geoffrey Hulse
        Philip Hurley
        William Martin
        Charles Milem
        Robert Moore
        Joseph Polio
        Joseph A. Polio

Owensboro Health

Póliza del sistema

- **Oídos, nariz y garganta (ENT)**
  - Thomas Logan
  - Derek Mitchell
  - Matthew Taylor
- **Pediatría**
  - Courtney Crews
  - John Houston
  - Andrea Johnston
  - Lynette Martin
  - Jeremiah Mason
  - Amy Ray
  - Michael Yeiser
- **Urología**
  - Dan Anderson

*El pago para los Proveedores de pago por llamada, siguen la política de pacientes de autopago de OH, **únicamente.**

Los proveedores no incluidos en este Anexo no están cubiertos por la póliza de asistencia financiera de OH.

Última actualización: 15 de julio de 2021

Owensboro Health

Póliza del sistema

ANEXO B

INSTRUCCIONES Y SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

1. Complete la solicitud de asistencia financiera.
2. Incluya todos los ingresos mensuales y los gastos en los espacios proporcionados.
3. Proporcione constancia de ingresos, que incluyan:
   a) 2 últimos comprobantes de sueldo o W-2 más reciente;
   b) Declaraciones de impuestos más recientes;
   c) Carta de testimonio;
   d) Cartas de otorgamiento de beneficios o formularios 1099 que muestren la administración de los beneficios del Seguro Social, de discapacidad, de compensación laboral o de veteranos;
   e) Copias del otorgamiento de beneficios o formularios 1099 que muestren beneficios de desempleo, retiro *, o pensión;
   f) Prueba de los activos que pueden incluir, pero no limitarse a cuentas corrientes, de ahorros, inversiones, participaciones y cuentas de jubilación de los últimos tres meses;
   g) Verificación de la condición de auto– empleo y los ingresos recibidos:
      Recibos de clientes,
      Impuestos federales sobre los ingresos firmados, del año más reciente de presentación que incluyen el cronograma apropiado que demuestre los ingresos de auto–empleo, corporación–S, u otra entidad similar.
4. Firme la solicitud de asistencia financiera.

Si usted no tiene ingresos, deberá proporcionar una explicación sobre la manera en que cumple con sus gastos de la vida diaria.

*Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, por favor llame al (270) 685-7501 o visite la oficina de negocios, ubicada en 2511 Frederica St. Owensboro KY 42301, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. O puede enviarnos un correo electrónico a financialassistance@owensborohealth.org**.**

Envíe por correo la solicitud completa y documentos a:

Owensboro Health

PO Box 20007

Owensboro, KY 42304

Attn: Asesor financier

Una vez que recibamos toda la información y la documentación solicitada, determinaremos su elegibilidad para participar del programa de asistencia financiera y lo notificaremos por correo dentro de los siguientes 30 días.

Póliza del sistema

Nombre de la parte responsable: _____ Fecha de nacimiento: _____ SSN:_____
Dirección:_____ Teléfono:_____
_____ Estado civil:_____
Nombre de su cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____ SSN del cónyuge:_____
Seguro primario:_____ Nro. de ID :_____ Persona asegurada:_____
Seguro secundario:_____ Nro. de ID :_____ Persona asegurada:_____

Nombre del miembro familiar	**Relación**	**SSN**	**Edad**

(Use parte posterior de la página para miembros adicionales del grupo familiar) Cantidad de personas del grupo familiar (incluido el paciente)_____

EMPLEO:
Empleador_____ Antigüedad en el empleo o fecha de contratación:_____
Empleador del cónyuge empleador _____ Antigüedad en el empleo o fecha de contratación del cónyuge:_____

INGRESO BRUTO:	Mensual ($)
Salarios brutos de cheques de pago/W2 de la parte responsable o del paciente ……	_____
Salarios brutos de cheques de pago/W2 del cónyuge y cualquier hijo ……...	_____
Pensión alimenticia:……..……	_____
Seguro social: ……..……...	_____
SSI/discapacidad/K-Tap:……	_____
Desempleo: ……..	_____
Pensión: ……..…..	_____
Cupones de alimentos: ……	_____
Otros ingresos (por ejemplo, Inversión, Compensación de trabajadores.):	
Sí/No (marque uno) En caso afirmativo, indique: _____	_____

INGRESO MENSUAL TOTAL: ……..……. $ _____

GASTOS:

Renta/hipoteca: ……	$	_____
Alimentos y suministros: ……..		_____
Servicios:……		_____
Teléfono:……		_____
Cuidado de niños: ……		_____
Primas de seguro (auto, salud, dental, de vida, hogar, etc.):……		_____
Medicamentos recetados: ……		_____
¿Otros gastos? Sí/No (marque uno) En caso afirmativo, indique: _____		_____

GASTOS MENSUALES TOTAL: …… $ _____

RECURSOS:

# total de cuentas corrientes:_____…… Cuentas de ahorro_____……	$	_____
Valores de acciones y bonos:……	$	_____
Bienes inmuebles que no sean de residencia principal: Valor_____ Saldo adeudado_____		
¿Otros recursos? Sí/No (marque uno) en caso afirmativo, indique: _____		_____

TOTAL DE RECURSOS: …… $ _____

Certifico que la información proporcionada por mí en esta solicitud es correcta y real, según mi leal saber y entender. Entiendo que si proporciono información falsa o retengo información al solicitar cobertura de asistencia, mi solicitud puede ser rechazada y Owensboro Health puede gestionar la cobranza de cualquier saldo pendiente. En ese caso, también podría estar sujeto a enjuiciamiento por fraude. Estoy de acuerdo con notificar a OH de cualquier cambio en la información proporcionada en este formulario, incluida la dirección, número de teléfono y los ingresos.

_____ _____
(FIRMA DE LA PARTE RESPONSABLE) **(FECHA)**

_____ _____
(FIRMA DEL CÓNYUGE) **(FEC**

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

% de descuento aprobado _____

Fecha presentación _____

Firma del FC _____

Aprobación de firma _____

Fecha aprobación _____

Owensboro Health

Póliza del sistema

ANEXO C
RESUMEN DE LENGUAJE SIMPLE

Owensboro Health ("OH") ofrece ayuda económica a los pacientes con no tienen seguro médico, o las personas que tienen responsabilidades a pagar de–su–bolsillo y no pueden pagarlas incluso después de que el seguro haya pagado parte de su atención. Los pacientes deben presentar una solicitud para recibir asistencia financiera y toda l documentación de apoyo requerida, demostrando necesidad financiera o de lo contrario deben cumplir con los requisitos de la póliza de asistencia financiera del hospital.

La solicitud del programa de asistencia financiera, la póliza y el Resumen de lenguaje simple se pueden encontrar en el sitio web del Hospital. Como alternativa, pueden obtener copias impresas de la póliza de asistencia financiera del Hospital, el Resumen de lenguaje simple o el formulario de solicitud en forma gratuita al visitar o llamar a servicios financieros para pacientes del Hospital. Usted puede comunicarse con la oficina de servicios financieros para pacientes para discutir cualquier pregunta que pueda tener. Este Resumen de lenguaje simple estará disponible en inglés y español. Si se necesitan documentos adicionales, nos comunicaremos con usted por teléfono o por correo para hacerle saber qué más se necesita.

Si usted no tiene seguro médico, generalmente calificará para atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios en forma gratuita bajo el programa de asistencia financiera del OH (1) si usted tiene un ingreso familiar anual igual o menor a 300% del nivel Federal de pobreza, (2) carece de cualquier otro activo para pagar por sus cargos y (3) si OH le solicita que lo haga, usted solicita Medicaid u otro programa estatal o federal y coopera completamente en el proceso de solicitud y determinación.

Si usted no tiene seguro médico o si tiene un saldo pendiente después de seguro, por lo general usted calificará para la emergencia con descuento y otro cuidado médicamente necesario bajo el programa de asistencia financiera del OH (1) si usted tiene un ingreso familiar del 400% del nivel Federal de pobreza, (2) carece de cualquier otro activo para pagar por los montos por los que sea personalmente responsable y (3) si OH se le solicita, solicita los programas de Medicaid u otros programas estatales o federales y coopera completamente en el proceso de solicitud y determinación.

Si OH determina que usted es elegible para recibir asistencia financiera, usted no será personalmente responsable de pagar más que la cantidad que generalmente le facturamos por la misma atención a pacientes que tienen cobertura de seguro. Además, usted nunca deberá hacer pagos anticipados u otras condiciones de pago para recibir los servicios de emergencia. Sin embargo, es posible que en la mayoría de las situaciones se le requiera hacer un depósito inicial sustancial o que acepte otras condiciones de pago antes de recibir los servicios que no sean de emergencia.

Copias sin cargo de este Resumen, la póliza de asistencia financiera, la póliza de facturación y cobranza y la solicitud del programa de asistencia financiera, incluidas traducciones al español, están disponibles en el sitio web del OH en http://www.owensborohealth.org/patient-visitor/about-your-billing/financial-assitance/ . También hay copias disponibles en el Hospital, en las áreas de admisión, ubicadas cerca de la entrada principal o en el área del asesor financiero. Esta información también está disponible por correo al comunicarse con servicio al cliente de OH al 270-685-7500.

El personal de la asesoría financiera de OH está disponible para responder preguntas y proporcionar información acerca del programa de asistencia financiera y ayudar con el proceso de solicitud. El personal de nuestra asesoría financiera está ubicado en todas nuestras clínicas, Hospitales y en el centro de negocios (ubicado en 2511 Frederica Street, Owensboro, Kentucky 42301). También se puede comunicar por teléfono al 270-685-7500 o a través de correo electrónico financialassistance@owensborohealth.org.

Owensboro Health

Póliza del sistema

ANEXO D

Owensboro Health Regional Hospital
Owensboro Health Medical Group
Owensboro Health Muhlenberg Community Hospital
Owensboro Health Twin Lakes Medical Center

Owensboro Health

2021 Financial Assistance Eligibility Grid

Federal Poverty Guidelines		All Financial Classes If the patient would qualify for hospital billing or professional billing assistance, refer him/her to a Patient Financial Advocate or give a financial evaluation to complete.					
Household Size	Federal Poverty Limit	100% (300% of FPL)		90% (301% to 350% of FPL)		80% (351% to 400% of FPL)	
		Low	High	Low	High	Low	High
1	$12,880	$0	$38,640	$38,641	$45,080	$45,081	$51,520
2	$17,420	$0	$52,260	$52,261	$60,970	$60,971	$69,680
3	$21,960	$0	$65,880	$65,881	$76,860	$76,861	$87,840
4	$26,500	$0	$79,500	$79,501	$92,750	$92,751	$106,000
5	$31,040	$0	$93,120	$93,121	$108,640	$108,641	$124,160
6	$35,580	$0	$106,740	$106,741	$124,530	$124,531	$142,320
7	$40,120	$0	$120,360	$120,361	$140,420	$140,421	$160,480
8	$44,660	$0	$133,980	$133,981	$156,310	$156,311	$178,640

Effective 2/1/2021

For more than eight in the family, add $4,540 for each additional member.

Hospital Financial Assistance is based upon 300% of Federal Poverty Guidelines for eligibility of 100% assistance with a sliding scale up to 400% of Federal Poverty Guidelines for elgibility of 80% financial assistance.

The Low and High dollar amounts represent annual income limits for the household size within the chart. The percentage above represents the discount applied to patients meeting the criteria of annual income range and household size.