

Programa de Asistencia Financiera

Declaración de objetivos:

Owensboro Health, Inc. ("OH") se compromete a proporcionar atención de emergencia y médicamente necesaria a los pacientes sin discriminación e independientemente de su capacidad de pago, la capacidad para calificar para la asistencia financiera, o la disponibilidad de cobertura de terceros. En virtud de esta Política de Asistencia Financiera (la "Política"), OH tiene la intención de abordar el doble interés de proporcionar acceso a la atención de forma gratuita a las personas sin capacidad de pago, y ofrecer un descuento de los cargos facturados para aquellos que pueden 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 los servicios de proveedores de Owensboro Health Regional Hospital, Owensboro Health Muhlenberg Community Hospital, Owensboro Health Twin Lakes Medical Center, Owensboro Health Medical Group ("Clínica") y los servicios de Salud en el Hogar.

Esta política pretende cumplir con la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas y los reglamentos relacionados. En esta Política se describen: (i) los criterios de elegibilidad para la Asistencia Financiera, y si dicha asistencia incluye atención gratuita o con descuento; (ii) la base para calcular los importes cobrados a los pacientes; (iii) el método para solicitar la Asistencia Financiera y (iv) el enfoque del Hospital para determinar la elegibilidad y los tipos de información que el Hospital utilizará para evaluar la elegibilidad. Puede encontrar una política independiente, disponible en línea, en www.owensborohealth.org, o preguntar a cualquier miembro del personal de Servicios Financieros para Pacientes, sobre las acciones de cobro que el Hospital puede emprender en caso de impago, incluidas las acciones de cobro civiles y la presentación de informes a agencias de información crediticia para pacientes que reúnen los requisitos para recibir asistencia financiera.

La presente Política entrará en vigor una vez adoptada por el Consejo de Administración (el "Consejo"), actuando en su calidad de órgano de gobierno de cada Hospital, Clínica y/o Servicio de Salud en el Hogar de OH, y constituirá la política oficial de asistencia financiera (en el sentido de la Sección 501(r) del Código de Rentas Internas) de cada uno de dichos hospitales. El Consejo revisará anualmente esta Política en nombre de cada una de las entidades de la OH.

Detalles de la política:

Definiciones

- A. Importes Generalmente Facturados [AGB] se refiere a los Cargos Usuales y Habituales por Servicios Cubiertos prestados a individuos elegibles bajo el Programa de Asistencia Financiera, multiplicados por el Porcentaje de AGB Específico del Hospital aplicable a dichos servicios.
- B. Activos se refiere a efectivo o equivalentes de efectivo (por ejemplo, certificados de depósito) e inversiones no relacionadas con la jubilación.
- C. Política de Facturación y Cobros se entenderá como la política de la OH titulada "Política de Facturación y Cobros", en su versión modificada periódicamente.
- D. Servicios Cubiertos significa aquellos servicios de hospitalización y ambulatorios prestados por un Hospital de OH que son Médicamente Necesarios de acuerdo con las normas del intermediario fiscal de Medicare de OH.
- E. Condición Emergente significa una condición médica de un Paciente No Asegurado que ha resultado de la aparición repentina de una condición de salud con síntomas agudos que. En ausencia de atención médica inmediata, es razonablemente probable que pongan la salud del Paciente No Asegurado (o en el caso de una mujer embarazada, de un feto) en grave peligro, que provoquen un deterioro grave de las funciones corporales del Paciente No Asegurado o que provoquen una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Se considera que una mujer embarazada con contracciones tiene una Afección Emergente.

- F. Servicios Emergentes hace referencia a los servicios necesarios y adecuados para tratar una Condición Emergente.
- G. Persona Elegible para FAP significa una persona que califica para recibir asistencia financiera en virtud de esta Política, según la Sección 111.C de esta Política.
- H. “Asistencia Financiera” significa los Servicios Cubiertos gratuitos o con descuento proporcionados a las Personas Elegibles para FAP.
- I. Hospital significa un centro hospitalario autorizado por cada estado propiedad o alquilado por OH, o una de sus filiales, incluidos Owensboro Health Regional Hospital, Owensboro Health Muhlenberg Community Hospital, Owensboro Health Twin Lakes Medical Center y cada hospital operado por OH sobre los cuales tiene autoridad la Junta de Directores de OH sobre las operaciones de dicho hospital.
- J. Porcentaje AGBE específico de Hospital se entiende, para cada Hospital, un porcentaje derivado de dividir (1) la suma de todos los pagos recibidos por servicios Médicamente Necesarios prestados en dicho Hospital durante el Periodo Relevante por el pago por servicio de Medicare, entre (2) los Cargos Brutos Usuales y Habituales por dichos Servicios Médicamente Necesarios. Los Porcentajes AGBE específicos para Hospitales se calcularán para el Periodo Pertinente inicial, a más tardar el 30 de septiembre de 2016. A partir de entonces, el porcentaje de AGB específico para cada hospital se calculará a más tardar el 30 de septiembre de cada año. Cada Porcentaje Hospitalario Específico de AGB será efectivo hasta el siguiente cálculo anual del Porcentaje Hospitalario Específico de AGB basado en el Periodo Relevante más reciente. El cálculo del Porcentaje AGB década Hospital se ajustará al “método retrospectivo” descrito en el Reglamento del Tesoro 51-501(r)(1)(8). El porcentaje de AGB específico del hospital para el año en curso se puede obtener llamando al 270-685-7501.
- K. Por tamaño de la unidad familiar se entiende la unidad familiar imponible, incluidos los hijos o familiares que puedan declararse como dependientes a efectos fiscales.
- L. Rentas, intereses y dividendos no relacionados con la jubilación procedentes de acciones y bonos, salarios, compensaciones por otros servicios, propinas, pensiones (incluidas las retiradas rutinarias u obligatorias), honorarios por servicios prestados, precio de bienes vendidos, rentas de alquileres, ganancias por la venta de otros bienes, pensiones alimenticias, pagos de subsidios de adopción, Venmo, Chime, PayPal y/o cánones.
- M. Medicaid significa todos los Programas Estatales y Federales que incluyen (pero no se limitan a) Medicaid y las Organizaciones de Atención Administrada de Medicaid.
- N. Médicamente Necesario o Atención Médicamente Necesaria significa aquellos servicios requeridos para identificar o tratar una enfermedad o lesión diagnosticada o razonablemente sospechada como Médicamente Necesaria considerando el nivel de atención más apropiado. Dependiendo del estado de salud del paciente, el entorno más adecuado para la prestación de cuidados puede ser el domicilio, la consulta del médico, un centro ambulatorio o una cama de cuidados de larga duración, rehabilitación u hospital. Para ser Médicamente Necesario, un servicio debe cumplir los siguientes criterios:
 - 1. Requerirse para tratar una enfermedad o lesión;
 - 2. Ser consistente con el diagnóstico o el tratamiento de las Condiciones del Paciente;
 - 3. Estar de acuerdo con los estándares de las buenas prácticas médicas;
 - 4. No representar una conveniencia para el Paciente o el Médico del Paciente y
 - 5. Tener el nivel de cuidado más adecuado para el Paciente, según lo determine la condición médica del Paciente y no la situación financiera o familiar del Paciente.

Medicamento Necesario **NO** incluye lo siguiente

1. Cirugía estética electiva (pero no cirugía plástica destinada a corregir desfiguraciones causadas por lesión, enfermedad o defecto o deformidad congénita);
2. Todos los servicios relacionados con el programa bariátrico (incluidos, entre otros, procedimientos quirúrgicos para pérdida de peso);
3. Procedimientos experimentales, incluidos los procedimientos y dispositivos o implantes no aprobados por la FDA;
4. Servicios cuya autorización previa es denegada por la compañía de seguros del Paciente;
5. Coste de las lentes especiales de sustitución;
6. Audífonos y reparación de audífonos;
7. Farmacia minorista;
8. Tratamiento de fertilidad y/o esterilización y
9. Servicios o procedimientos para los que exista un sustituto razonable o si la compañía de seguros proporcionará un servicio o procedimiento que sea un servicio o procedimiento cubierto.

- O. Fuera de la red (OON) significa un médico, hospital u otro proveedor de atención sanitaria que no participa en la red de una aseguradora. Los siniestros tramitados y/o denegados como OON no pueden optar a la ayuda económica.
- P. Paciente designa a la persona que recibe o está inscrita para recibir tratamiento médico o a la persona económicamente responsable de la persona que recibe dichos servicios, como en el caso de garantes, menores o discapacitados mentales.
- Q. PFE significa Servicios Financieros para Pacientes, la unidad operativa de OH responsable de facturar y cobrar las cuentas de autopago por servicios hospitalarios/clínicos.
- R. Resumen en lenguaje sencillo significa un resumen en lenguaje sencillo específico del Hospital que notifica a una persona que OH ofrece asistencia financiera en virtud del Programa de Asistencia Financiera. El resumen en lenguaje sencillo se adjunta en el Documento C de esta política.
- S. Período pertinente es el período de 12 meses comprendido entre el 1 de junio y el 31 de mayo.
- T. Paciente No Asegurado se refiere a un Paciente sin beneficio de seguro médico o programas gubernamentales que puedan ser facturados por los Servicios Cubiertos que se le presten por servicios médicos, servicios hospitalarios y/o Servicios de Salud en el Hogar, y que no esté excluido de otra manera de esta póliza según la Sección III.A a continuación.
- U. Cargos Usuales y Habituales significa las tarifas por Servicios Cubiertos según lo establecido en la tabla de cargos de ese Hospital en el momento en que se prestan los Servicios Cubiertos. El recaudador de impuestos está disponible con cita previa llamando al 270-685-7184.

Procedimiento

Visión general. OH se dedica a proporcionar asistencia sanitaria de calidad a todos los pacientes, independientemente de su edad, sexo, orientación sexual, raza, color, religión, discapacidad, condición de veterano, origen nacional y/o capacidad de pago. Esta política establece el Programa de Asistencia Financiera que está disponible para Pacientes No Asegurados y Pacientes con un saldo adeudado después del seguro y los copagos, si corresponde, si dicho Paciente cumple con los criterios de elegibilidad establecidos en la Sección III.C a continuación. Todos los pacientes identificados como Pacientes No Asegurados serán remitidos a un representante de OH que examinará al Paciente No Asegurado para determinar su elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera. Si el Paciente No Asegurado es elegible para Medicaid u otros programas estatales o federales, se le pedirá al Paciente que solicite estos programas. En caso de que el Paciente no sea candidato a ninguno de dichos programas federales o estatales, se le entregará la solicitud del Programa de Asistencia Financiera de OH.

- A. Exclusiones. Esta política y el programa de asistencia financiera que se describe a continuación no se aplican a la farmacia minorista, a los exámenes especiales de bienestar ni a los servicios relacionados con los residentes en centros de cuidados a largo plazo. Además, esta política no se aplica a los cargos por servicios de otros proveedores cuyos servicios coincidan con los prestados por OH. Para consultar la lista de proveedores que siguen esta Política de asistencia financiera, consulte el Documento A. Los proveedores que no figuran en el Documento A no siguen esta Política. OH actualizará la lista de proveedores de Documento A añadiendo información nueva o que falte, corrigiendo información errónea y eliminando información obsoleta al menos trimestralmente.

- B. Métodos para solicitar ayuda financiera. Los pacientes pueden solicitar el Programa de Asistencia Financiera por cualquiera de los siguientes medios:
1. Informar al personal del PFS, en el momento del registro o antes, de que es un Paciente No Asegurado.
 - a) El personal del PFS ofrecerá al Paciente la solicitud de Asistencia Financiera.
 - b) El personal de PFS se ofrecerá a ayudar al Paciente a solicitar Medicaid o a concertar una cita con un Defensor Financiero del Paciente para ayudar al Paciente no asegurado a completar la solicitud de Medicaid.
 2. Descargar e imprimir el formulario de solicitud del sitio web de Owensboro Health (www.owensborohealth.org) y enviarlo por correo a los Defensores Financieros del Paciente a la dirección que figura en el formulario de solicitud.
 3. Solicitar un formulario de solicitud por teléfono: 270-685-7501. La solicitud del Programa de Asistencia Financiera el resumen en lenguaje sencillo se enviarán gratuitamente por correo al solicitante.
- C. Criterios de admisibilidad y determinación. Los pacientes que reciban asistencia financiera y que requieran atención médicamente necesaria (pero no servicios de atención de emergencia) serán evaluados para determinar si reúnen los requisitos para Medicaid o para la cobertura del intercambio de seguros de salud y, si se determina que reúnen los requisitos, el paciente deberá cooperar plenamente con los requisitos de inscripción antes de que se programe el procedimiento y/o se presten los servicios. Los pacientes elegibles que no se inscriban o se nieguen a inscribirse en Medicaid u otros programas estatales o federales (excluidos los pacientes de Kentucky Health en período de cierre) no serán elegibles para recibir Asistencia Financiera. Salvo que se estipule lo contrario en el presente documento, un Paciente No Asegurado o un Paciente con un saldo pendiente de pago después del seguro tendrá normalmente derecho al Programa de Asistencia Financiera si cumple cada uno de los siguientes requisitos:
1. Cumplimenta la solicitud del Programa de Asistencia Financiera que se adjunta como Documento B de la presente Política;
 2. Tiene ingresos familiares anuales (incluidos los activos) iguales o inferiores al 450 % del Nivel Federal de Pobreza;
 3. Si la Oficina de Salud le pide que solicite Medicaid u otros programas estatales o federales, coopera plenamente en el proceso de solicitud y determinación de elegibilidad (excluidos los pacientes de Kentucky Health en período de cierre). Los Defensores Financieros del Paciente están a su disposición para ayudarlo con Medicaid y el proceso de inscripción en el mercado de seguros;
 4. Se le deniega la cobertura de Medicaid y
 5. Cumple con las Responsabilidades del paciente enumeradas en la Sección III.E.

En el marco del Programa de asistencia financiera, los Pacientes No Asegurados y los pacientes con un saldo pendiente después del seguro que tengan ingresos familiares (incluidos activos como cuentas corrientes o de ahorro) iguales o inferiores al 400 % de las Directrices Federales de Pobreza pueden optar a una asistencia del 100 %.

Si un paciente que busca atención (que no sea sobre una base de emergencia) está cubierto por un plan con el que OHI no es un proveedor de la red, entonces el paciente será informado de que OHI está fuera de la red de su plan y, como tal, no será elegible para asistencia financiera.

Cuando se haya determinado la elegibilidad para recibir Asistencia Financiera, todas las cuentas del Paciente se manejarán de la misma manera durante los seis meses siguientes a la fecha de dicha determinación, sin necesidad de completar una nueva solicitud de Asistencia Financiera. Además, OHI considerará Pacientes elegibles para descuentos de Asistencia Financiera en todos los saldos abiertos mirando hacia atrás 240 días a partir de la fecha de determinación de elegibilidad. Se requerirá una nueva solicitud para los servicios prestados seis meses o más después de la determinación inicial (u otra anterior) o si se reciben indicios de que la situación económica del Paciente ha cambiado significativamente desde el periodo de evaluación inicial.

Se ofrece una escala móvil de descuentos a los Pacientes No Asegurados y a los pacientes con un saldo pendiente de pago después de la cobertura del seguro que tengan ingresos familiares de hasta el 450 % de las Directrices Federales de Pobreza, de acuerdo con la tabla que figura en el Documento D. Los descuentos establecidos en la escala móvil que figura a continuación se calculan multiplicando el porcentaje de descuento de la escala móvil por los cargos brutos asociados a la atención de urgencia y médicamente necesaria prestada.

System Policy

No se cobrará a una Persona Elegible para la FAP por Servicios de Emergencia u otra Atención Médicamente Necesaria una cantidad superior a la Cantidad Generalmente Facturada a las personas que tienen cobertura de seguro para dicha atención. Para el resto de la atención médica proporcionada a las personas elegibles para la FAP, OH limitará sus cargos a menos de los cargos brutos.

OH se compromete a aceptar la política del programa de descuento de tarifa móvil para los pacientes que son referidos a OH a través de la Clínica de Atención Comunitaria del Área de Audubon. La documentación justificativa 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 según escala móvil están disponibles previa solicitud a las personas autorizadas.

Para los pacientes que son “gente sencilla” (es decir, amish, menonitas de la vieja orden y menonitas conservadores), se prevé un procedimiento aparte, ya que su sistema de creencias les prohíbe recibir cualquier tipo de ayuda del gobierno o de OH. Dado que no solicitarán la ayuda financiera, no podrán optar por ella en virtud de la presente política. No obstante, estos pacientes desean pagar algo por la atención que reciben y, en consecuencia, se les ofrecerá un descuento. Para beneficiarse de este descuento, la persona debe poder aportar una prueba válida de que forma parte de estas comunidades. Esta Política excluye cualquier precio de paquete especial que se haya acordado con estas comunidades.

D. Prueba de Activos. Si todos los Activos combinados de las personas responsables son iguales o inferiores a \$10,000, no se aplicará la Prueba de Activos de esta Póliza. Si todos los Activos combinados de las personas responsables superan los \$10,000, la Oficina de Salud tendrá en cuenta los Activos que superen los \$10,000 a la hora de determinar los ingresos de la persona responsable y su derecho a recibir Asistencia Financiera.

E. Responsabilidades del Paciente. Para poder optar a la ayuda financiera, los pacientes deben cumplimentar con veracidad el formulario de solicitud requerido y presentar toda la documentación aplicable. Los pacientes deben responder puntualmente a las solicitudes de información o documentación de un hospital de salud. Un Paciente al que se le pide que solicite Medicaid u otros programas estatales o federales, pero que no coopera plenamente con el proceso de solicitud y determinación de elegibilidad (excluyendo a los pacientes de Kentucky Health en período de cierre) puede no ser elegible para participar en el Programa de Asistencia Financiera. Los pacientes deben notificar al Hospital con prontitud cualquier cambio en su situación financiera para que el Hospital pueda evaluar el impacto del cambio en la elegibilidad de esa persona para recibir Asistencia Financiera o un plan de pago. Si un paciente facilita a sabiendas información falsa, no podrá optar por la ayuda económica, podrá anularse cualquier ayuda económica que se le haya concedido y la persona podrá pasar a ser responsable del pago de la totalidad de su factura.

F. Descuentos y ajustes. Los Servicios Cubiertos podrán ser objeto de descuentos, en todo o en parte, si:

1. Una persona elegible para el FAP reúne los requisitos para Medicaid después de que los servicios hayan sido prestados por OH (descuento del 100 %). Esto incluye todas las facturas por servicios anteriores a la cobertura en los casos en que Medicaid no retrotraiga la cobertura.
2. Una persona con derecho al FAP tiene derecho a Medicaid y Medicaid deniega la cobertura de determinados servicios cubiertos (descuento del 100 %).
3. Una persona elegible para el FAP es aprobada para participar en el Programa de Asistencia Financiera con la finalización exitosa de la solicitud del Programa de Asistencia Financiera y los documentos necesarios.

Una vez aprobados, los descuentos y ajustes se tramitarán sin demora de acuerdo con los procedimientos del PFS.

G. Autoridad de firma para descuentos. Los descuentos del Programa de Asistencia Financiera se concederán con sujeción a los siguientes límites de aprobación:

1. Hasta \$2,500 - Supervisor del Defensor Financiero del Paciente
2. Hasta \$25,000 - Director de oficina comercial
3. Hasta \$50,000 - Director de Ciclo 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 intereses para los pacientes por las cantidades que son personalmente responsables de pagar, después de aplicar los reembolsos de seguros o descuentos en virtud de esta Política. Para participar en los planes de pago de OH, el saldo restante del Paciente debe ser de un mínimo de \$25 al mes y/o pagarse en 36 meses. Ejemplo: el saldo restante en la cuenta o grupo de cuentas asciende a \$1,000. El pago mínimo mensual de \$27,78 cumpliría los criterios de ser superior a \$25 al mes y pagarse en 36 meses. En determinadas circunstancias, los planes de pago pueden ampliarse a plazos más largos con la aprobación de un Director de la Oficina Comercial o superior.

I. Indigente médico. Se considera que una persona es indigente desde el punto de vista médico si no cumple los requisitos para acogerse al Programa de Ayuda Económica debido a que sus ingresos superan las directrices del FAP establecidas en la Sección III.C. La persona debe tener facturas médicas de OH que sean iguales o superiores al 50 % de sus ingresos anuales (incluidos los Activos). Si se cumplen estos criterios, la persona sería responsable del 25 % de sus ingresos anuales (incluidos los Activos) y el resto se amortizaría.

J. Cobro de saldos adeudados por los pacientes; Política de Facturación y Cobros de los Servicios Financieros para Pacientes. Los Hospitales de OH pueden tomar ciertas acciones, incluidas acciones de cobranza y reportes a agencias de crédito, en contra de pacientes, incluidos los Individuos Elegibles para FAP, si no pagan las cantidades por las cuales son responsables de pagar como se describe en una Política de Facturación y Cobranza separada. En virtud de la Política de Facturación y Cobros, OH no emprenderá determinadas acciones de cobro hasta que haya realizado esfuerzos razonables para determinar si un Paciente que tiene un saldo impago es elegible para recibir Asistencia Financiera en virtud de esta Política. La Política de Facturación y Cobros está disponible en el sitio web de OH: www.owensborohealth.org. Además, cualquier ciudadano puede obtener un ejemplar gratuito de la Política de Facturación y Cobros solicitándolo a la Oficina Comercial o llamando al 270-685-7501.

K. Política de Descuentos por Pronto Pago. OH ofrece un descuento por pronto pago del 10 % en el primer resumen de facturación posterior al alta del paciente si el saldo se paga en su totalidad dentro de los 30 días siguientes a la fecha del resumen (el Descuento por Pronto Pago no se aplica a cualquier copagos de OH Medical Group, saldos de más de 30 días, los saldos de recogida, los deportes físicos, vacunas, procedimientos cosméticos, servicios bariátricos, o servicios prestados en cualquier clínica sin cita previa, incluyendo pero no limitado a OH Medical Group Urgent Care lugares).

L. Reembolsos. En consonancia con la Política de Facturación y Cobro, OH reembolsará las cantidades previamente pagadas por un Paciente si la cantidad excede lo que OH ha determinado que el Paciente debería haber sido personalmente responsable de pagar después de aplicar la FAP, a menos que la cantidad sea inferior a \$10 (indexado por inflación). OH puede aplicar reembolsos, si los hubiere, a las deudas de un Paciente por atención previa que no calificó para Asistencia Financiera.

Difusión de la política:

Cada hospital de OH dará amplia publicidad a este programa dentro de la comunidad en la que presta servicio. A tal fin, OH adoptará las siguientes medidas para garantizar que los miembros de las comunidades que serán atendidas por sus Hospitales conozcan la Política y tengan acceso a ella.

1. OH pondrá a disposición de la comunidad una copia de su Política actual publicando en su página web el Resumen en Lenguaje Sencillo junto con copias descargables de esta Política, la Política de Facturación y Cobros y el formulario y las instrucciones de Solicitud de Asistencia Financiera. El acceso a estos materiales será gratuito. El sitio web de OH (www.owensborohealth.org) incluirá enlaces visibles a estos materiales o tendrá un enlace visible a otra página web con enlaces a estos materiales.
2. OH proporcionará copias del Resumen en Lenguaje Sencillo en lugares de sus Hospitales donde el Resumen en Lenguaje Sencillo estará a disposición de los pacientes y sus familias.
3. OH pondrá a disposición, tanto en formato impreso como en línea, la presente Política, el Resumen en Lenguaje Sencillo, el Formulario de Solicitud y la Política de Facturación y Cobros en inglés y en español.
4. Cada resumen de facturación de las cuentas de autopago incluirá información relativa al Programa de Asistencia Financiera.
5. Cada hospital incluirá información sobre la disponibilidad de ayuda financiera en los paquetes de alta que se entregan a los pacientes.
6. OH pondrá la información relativa a esta Política a disposición de los organismos gubernamentales y organizaciones sin ánimo de lucro pertinentes que se ocupen de la salud pública en las zonas de servicio de OH.

Director del Ciclo de Ingresos
Vicepresidente de Servicios Financieros
Director Financiero
Director de Cumplimiento
Presidente de la Junta de Directores
Director Ejecutivo

DOCUMENTO A

Lista de proveedores que siguen la política de asistencia financiera de OH:

Todos los proveedores de Owensboro Health Medical Group

Grupos no asalariados de pago por llamada (en relación con la prestación de servicios de llamadas de urgencia):

o Cardiología

- Kishor Vora

o Nefrología

- Dhiren Haria
- Hamza Arif
- Hassaan Iftikar
- Maryam Saleem

o Neurocirugía

- Harold Cannon
- Eric Goebel
- Neil Troffkin
- David Weaver
- Kutluay Uluc

o Cirugía oral

- Steven Ledford
- Chase Andreason
- Bradley Storrs

o Ortopedia

- S. Boles
- Geoffrey Hulse
- Charles Milem
- Robert Moore
- Joseph Polio
- Joseph A. Polio
- William Polio

o Pediatría

- Andrea Johnston
- Lynette Martin
- Jeremiah Mason
- Amy Ray
- Michael Yeiser
- Sara Medsker
- Heather Johnson

o Radiología intervencionista

- Dr. Bryan Glaenzer

o Radiología - Rad Partners

o Ginecología y Obstetricia

- Dra. Suzanne Rashidian
- Dr. Richard Good

*Los proveedores de pago por llamada siguen la política de OH sólo para pacientes de pago por cuenta propia.
Los proveedores que no figuran en este Documento no están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera de OH.

Última actualización: 6 de enero de 2026

DOCUMENTO B

SOLICITUD DE AYUDA FINANCIERA E INSTRUCCIONES

1. Rellene la solicitud de ayuda financiera.
2. Incluya todos los ingresos y gastos mensuales en los espacios previstos para ello.
3. Proporcione pruebas de ingresos, incluido:
 - a) Los 2 últimos talones de pago Y el último formulario W-2 presentado;
 - b) Declaraciones de la renta más recientes;
 - c) Carta de certificación;
 - d) Cartas actuales de concesión de prestaciones de la Seguridad Social, por incapacidad, compensación laboral o de la Administración de Veteranos;
 - e) Copias de las cartas de concesión de prestaciones o formularios 1099 actuales en los que figuren las prestaciones por desempleo, jubilación* o pensión;
 - f) Prueba de Activos que puede incluir, sin limitaciones, copias completas de las cuentas mensuales de cheques, ahorros, inversiones, Venmo, Chime, PayPal, participaciones y cuentas de jubilación de los tres meses más recientes;
 - g) Comprobación de la condición de autónomo y de los ingresos percibidos:
Recibos de clientes.
Impuestos federales sobre la renta firmados del año de declaración más reciente que incluyan el anexo correspondiente en el que figuren los ingresos procedentes del trabajo por cuenta propia, S-corp u otra entidad de este tipo.
4. Firme la solicitud de ayuda financiera.

Si no tiene ingresos, deberá explicar cómo cubre sus gastos diarios.

•Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para rellenar esta solicitud, llame al (270) 685-7501 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 la solicitud cumplimentada y los documentos por fax a
270-685-7560**

**Envíe por correo la solicitud cumplimentada a
Owensboro Health
PO Box 20007
Owensboro, KY 42304
Attn: Patient Financial Advocate**

Una vez que hayamos recibido toda la información y documentación solicitada, le comunicaremos por correo su derecho a participar en el Programa de Asistencia Financiera en un plazo de 30 días.



System Policy

Nombre de la persona responsable: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social (SSN): _____
 Dirección: _____ Teléfono: _____
 Estado civil según la declaración de la renta federal: _____
 Nombre del cónyuge: _____ Fecha de nacimiento del cónyuge: _____ SSN del cónyuge: _____
 Seguro primario: _____ N.º de ID: _____ Persona asegurada: _____
 Seguro secundario: _____ N.º de ID: _____ Persona asegurada: _____

Nombres del grupo familiar (dependientes) del afiliado	Fecha de nacimiento / Relación	SSN	Edad

(Utilice el reverso de la página para los miembros adicionales del grupo familiar) Número de personas en el hogar (incluido el paciente) _____

EMPLEO:

Empleador _____ Duración del empleo o fecha de contratación: _____
 Empleador del cónyuge _____ Duración del empleo o fecha de contratación del cónyuge: _____

INGRESOS BRUTOS:

	Mensual (\$)
Salario bruto del responsable o paciente de las nóminas/W2.....	_____
Salario bruto del cónyuge y, si corresponde, de los hijos, de las nóminas/W2.....	_____
Pensión alimenticia.....	_____
Seguridad Social:	_____
SSI/Discapacidad/K-Tap.....	_____
Desempleo.....	_____
Pensión:	_____
Cupones de alimentos:	_____
Otros ingresos (p. ej., inversiones, compensación de los trabajadores): Sí/No (marque uno)	_____
En caso afirmativo, indique: _____	_____
INGRESOS MENSUALES TOTALES:	\$ _____

GASTOS:

Alquiler/Hipoteca:	\$ _____
Alimentación y suministros.....	_____
Servicios públicos.....	_____
Teléfono.....	_____
Guardería:	_____
Primas de seguros (automóvil, salud, dental, vida, hogar, etc.)	_____
Medicamentos recetados.....	_____
¿Otros gastos? Sí/No (marque una opción)	_____
En caso afirmativo, indique: _____	_____
TOTAL DE GASTOS MENSUALES:	\$ _____

RECURSOS:

Número total de cuentas corrientes _____ Cuentas de ahorro _____	\$ _____
Valores bursátiles y obligaciones.....	\$ _____
Bienes inmuebles distintos de la vivienda habitual: Valor _____ Saldo adeudado _____	_____
¿Otros recursos? Sí/No (marque una opción) En caso afirmativo, indique: _____	_____
RECURSOS TOTALES:	\$ _____

Certifico que, a mi leal saber y entender, la información facilitada en esta solicitud es correcta y verídica. Entiendo que si doy información falsa u oculto información en la solicitud de asistencia, mi solicitud puede ser negada y Owensboro Health puede procurar el cobro de cualquier saldo pendiente de pago. En ese caso, también podría ser procesado por fraude. Me comprometo a notificar a OH cualquier cambio en la información facilitada en este formulario, incluida la dirección, el número de teléfono y los ingresos.

(FIRMA DEL RESPONSABLE)

(FECHA)

(FIRMA DEL CÓNYUGE)

(FECHA)

SÓLO PARA USO DE LA OFICINA

% de descuento aprobado _____
 Fecha de presentación _____
 Firma FC _____
 Firma de aprobación _____
 Fecha de aprobación _____

DOCUMENTO C

RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO

Owensboro Health (“OH”) ofrece asistencia financiera a los pacientes que no tienen seguro de salud, o aquellos que tienen responsabilidades de bolsillo que no pueden pagar, incluso después de que el seguro ha pagado por una parte de su atención. Los pacientes deben presentar una solicitud de ayuda económica y toda la documentación justificativa requerida, demostrando la necesidad económica, y deben cumplir los requisitos de la Política de Ayuda Económica del hospital.

La solicitud del Programa de Asistencia Financiera, la política y el Resumen en Lenguaje Sencillo pueden encontrarse en el sitio web del Hospital. También puede obtener gratuitamente copias impresas de la Política de Asistencia Financiera del hospital, el Resumen en lenguaje sencillo o el formulario de solicitud visitando o llamando a los Servicios financieros para pacientes del hospital. Puede ponerse en contacto con la oficina de Servicios Financieros para Pacientes para consultar cualquier duda que tenga. Este resumen en lenguaje sencillo estará disponible tanto en inglés como en español. Si se necesitan documentos adicionales, nos pondremos en contacto con usted por teléfono o correo para informarle qué más se necesita.

Si usted no tiene seguro médico, por lo general calificará para recibir atención gratuita de Emergencia y otros Cuidados Médicamente Necesarios bajo el Programa de Asistencia Financiera de OH (1) si tiene un ingreso familiar anual igual o menor al 450 % del Nivel Federal de Pobreza, (2) carece de otros activos para pagar sus cargos y (3) si así lo solicita OH, solicita Medicaid u otros programas estatales o federales y coopera plenamente en el proceso de solicitud y determinación.

Si usted no tiene seguro o tiene un saldo restante después del seguro, por lo general calificará para descuentos de Emergencia y otros Cuidados Médicamente Necesarios bajo el Programa de Asistencia Financiera de OH (1) si tiene ingresos familiares de hasta 450 % del Nivel Federal de Pobreza, (2) carece de otros activos para pagar las cantidades por las que se convierte en personalmente responsable de pagar, y (3) si así lo solicita OH, solicitar Medicaid u otros programas estatales o federales y cooperar plenamente 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 de la cantidad que generalmente facturamos a los pacientes que tienen cobertura de seguro para la misma atención. Además, nunca se le exigirán anticipos u otros acuerdos de pago para recibir servicios de urgencia. Sin embargo, en la mayoría de los casos se le puede pedir que haga un depósito sustancial por adelantado o que acepte otros acuerdos de pago antes de recibir servicios no urgentes.

Se pueden obtener copias gratuitas de este resumen, de la Política de Asistencia Financiera, de la Política de Facturación y Cobros y de la solicitud del Programa de Asistencia Financiera, incluidas las traducciones al español, en el sitio web de OH : www.owensborohealth.org. También hay copias disponibles en el Hospital, en las áreas de Admisión situadas cerca de las entradas principales o en el área del Defensor Financiero del Paciente. Esta información también está disponible por correo poniéndose en contacto con los Defensores Financieros del Paciente de OH en el 270-685-7501.

El personal del Defensor Financiero del Paciente de OH está disponible para responder preguntas y proporcionar información sobre el Programa de Asistencia Financiera y ayuda con el proceso de solicitud. Nuestro personal de Defensa Financiera del Paciente se encuentra en todas nuestras clínicas, hospitales y el Centro de Negocios (ubicado en 2511 Frederica Street, Owensboro, Kentucky 42301). También puede ponerse en contacto con ellos por teléfono llamando al 270-685-7501 o por correo electrónico, enviando un correo a financialassistance@owensborohealth.org.

DOCUMENTO D

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

**Grilla de elegibilidad de la asistencia financiera 2026**

Directrices Federales de Pobreza		Todas las clases financieras					
		Si el paciente reúne los requisitos para recibir asistencia en la facturación hospitalaria o profesional, remítalo a un Defensor Financiero del Paciente o proporcione una evaluación financiera para que la					
		100 % (350 % del FPL)		90 % (351 % a 400 % del FPL)		80 % (401 % a 450 % del FPL)	
Tamaño del grupo familiar	Límite Federal de Pobreza (FPL)	Bajo	Alto	Bajo	Alto	Bajo	Alto
1	\$15,960	\$0	\$55,860	\$55,861	\$63,840	\$63,841	\$71,820
2	\$21,640	\$0	\$75,740	\$75,741	\$86,560	\$86,561	\$97,380
3	\$27,320	\$0	\$95,620	\$95,621	\$109,280	\$109,281	\$122,940
4	\$33,000	\$0	\$115,500	\$115,501	\$132,000	\$132,001	\$148,500
5	\$38,680	\$0	\$135,380	\$135,381	\$154,720	\$154,721	\$174,060
6	\$44,360	\$0	\$155,260	\$155,261	\$177,440	\$177,441	\$199,620
7	\$50,040	\$0	\$175,140	\$175,141	\$200,160	\$200,161	\$225,180
8	\$55,720	\$0	\$195,020	\$195,021	\$222,880	\$222,881	\$250,740

En vigor a partir del 2/1/2026

Para más de ocho miembros en la familia, añada \$5,680 por cada miembro adicional.

La asistencia financiera hospitalaria se basa en el 350 % de las Directrices Federales de Pobreza para optar por una asistencia del 100 % con una escala móvil hasta el 450 % de las Directrices Federales de Pobreza para optar por una asistencia financiera del 80 %.

Los montos bajos y altos en dólares representan los límites de ingresos anuales para el tamaño de la familia dentro de la tabla. El porcentaje anterior representa el descuento aplicado a los pacientes que cumplen los criterios de intervalo anual y tamaño del grupo familiar.