

## **PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA (FAP) DE TRIHEALTH**

### **RESUMEN**

TriHealth provee a pacientes elegibles servicios hospitalarios agudos médicamente necesarios con descuento parcial o total ya sean pacientes internos, externos o de emergencia. Los pacientes que deseen asistencia financiera deben llenar una Solicitud de Póliza de Asistencia Financiera y obtener la aprobación para recibir estos descuentos.

### **Requisitos de elegibilidad**

- I. **Atención gratuita.** Para ser considerado para atención gratuita, debe:
  - a. ser residente de Ohio,
  - b. tener un ingreso familiar de o por debajo de 100% de las Guías Federales de Pobreza de Ingresos
  - c. llenar una Solicitud de Póliza de Asistencia Financiera, y
  - d. cumplir con los requisitos de elegibilidad del Programa de Seguridad de Atención Hospitalaria del Departamento de Medicaid de Ohio.
  
- II. **Atención caritativa.** La elegibilidad para atención caritativa, que otorga descuentos entre 70% y 100%, conforme sea determinado por una escala móvil, será considerada para quienes estén subasegurados o no estén asegurados o no sean elegibles para programas gubernamentales de beneficios de atención médica y que no puedan pagar por su atención, basado en necesidades financieras.
  
- III. **Indigencia médica.** Si sus facturas médicas por servicios cubiertos exceden 200% de sus ingresos familiares, después de tener en cuenta todos los demás descuentos, puede recibir un descuento adicional de 60% en facturas médicas; siempre y cuando el descuento sea suficientemente alto para que no sea personalmente responsable de pagar más por servicios elegibles que el monto generalmente facturado a las compañías de seguros médicos por atención de emergencia o atención médicamente necesaria.
  
- IV. **Otros descuentos de beneficencia.** A su discreción, TriHealth puede proveer otras formas de asistencia financiera a personas elegibles de acuerdo con la Póliza de Asistencia Financiera, incluidos descuentos no asegurados y descuentos por servicios elegibles prestados en clínicas seleccionadas por TriHealth, incluidos determinados servicios de obstetricia.

### **Cómo obtener copias de la Póliza de Asistencia Financiera o Solicitud de Póliza**

Nuestra Póliza de Asistencia Financiera y nuestra Solicitud de Póliza de Asistencia Financiera están disponibles sin costo a través de:

- Nuestro sitio web, en [trihealth.com/about-trihealth/pricing/](http://trihealth.com/about-trihealth/pricing/)
- Nuestras áreas de emergencia y admisión y departamentos de registro
- El correo, llamando a 513-865-5148 o 513-862-4745 y hablando con un representante

### **Cómo solicitar asistencia financiera**

Puede solicitar asistencia financiera obteniendo y llenando una Solicitud de Póliza de Asistencia Financiera. Una vez que llene la Solicitud de Póliza de Asistencia Financiera, puede

enviarla a cualquier representante de registro en cualquier hospital TriHealth, o bien, puede enviar la solicitud por correo a: Financial Assistance, TriHealth Inc., PO Box 639461, Cincinnati, Ohio 45263-9461.

### **Cómo obtener información y asistencia con la Póliza de Asistencia Financiera**

Para obtener información adicional o ayuda en relación con nuestra Póliza de Asistencia Financiera, puede llamar al 513-865-5148 o 513-862-4745.

### **Los cargos no excederán los montos generalmente facturados**

Si califica para nuestra Asistencia Financiera, no será personalmente responsable de pagar más por servicios elegibles que el monto generalmente facturado a las compañías de seguros médicos para atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria.

2900010.0550283 4851-3402-8081v2