



**TRIHEALTH, INC.
POLÍTICA CORPORATIVA**

TÍTULO: Ayuda económica para hospitales y consultorios médicos (atención gratuita, atención de beneficencia, indigencia médica y descuento para pago por cuenta propia)	
SECCIÓN: 07	NÚMERO DE PÓLIZA: 06.00
FECHA DE INICIO ORIGINAL: 12/2010	FECHAS DE REVISIÓN/MODIFICACIÓN: 06/2012, adjuntos actualizados 02/2014, 08/2014, 03/2017; adjuntos actualizados 06/2018, 09/2020, 09/2025 (incluyendo la actualización del adjunto)
FECHA DE INICIO ACTUAL:	
<u>ZONAS AFECTADAS</u> Todas las entidades de TriHealth: Se referirá a todas las entidades y centros de TriHealth, incluyendo Good Samaritan Hospital de Cincinnati, OH, Bethesda Hospital Inc. y Bethesda Inc., y McCullough-Hyde Memorial Hospitals, TriHealth Surgery Center Anderson, Hospice of Cincinnati/HOC Navigators y entidades o centros de TriHealth Physician Partners (TPP), a menos que una entidad o centro esté específicamente excluido. Esta política reconoce que hay otras políticas y procedimientos relevantes y aplicables que se han redactado, aprobado y adoptado por entidades (y departamentos) en TriHealth y son específicos de esos departamentos o entidades. La interpretación de estas otras políticas debe cumplir los principios adoptados por la Política corporativa n.º 12_01.00, "Políticas corporativas, desarrollo e implementación".	
TITULAR DE LA PÓLIZA: SR. VICEPRESIDENTE Y CFO DE FINANZAS	
APROBADO POR: PRESIDENTE Y CEO DEL COMITÉ DE POLÍTICAS Y PROCEDIMIENTOS CORPORATIVOS (CORPORATE POLICY & PROCEDURE COMMITTEE) JUNTA DIRECTIVA	

OBJETIVO

1. Los principios rectores de esta Política de ayuda económica (la "Política") son:
 - (i) continuar la tradición de TriHealth de responder a las necesidades de la comunidad con su atención gratuita y de costo reducido para pacientes elegibles, que inició el Good Samaritan Hospital, fundado por las Hermanas de la Caridad, y por Bethesda Hospital, fundado por las Diaconisas metodistas alemanas;
 - (ii) tratar a todos los pacientes por igual con dignidad y respeto mediante la transparencia y la información sobre los recursos de ayuda económica;
 - y (iii) garantizar que se sigan de manera sistemática y uniforme los procedimientos de evaluación económica adecuados para asegurar que se hagan esfuerzos razonables para determinar si las personas responsables del pago del total o una parte de la cuenta de un paciente son elegibles para recibir ayuda bajo la Política de ayuda económica de TriHealth.

- Estándar TJC:
- Agencias reguladoras: Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM); Servicio de Impuestos Internos, IRC §501(r)
- Licencia
- Otra: Estándar departamental

POLÍTICA

TriHealth se compromete a dar ayuda económica a las personas que tienen necesidades de atención médica y no tienen seguro, cuyo seguro es insuficiente, que no son elegibles para un programa gubernamental o no pueden pagar la atención médicamente necesaria por su situación económica individual y sus criterios de elegibilidad.

La ayuda económica no se considera un reemplazo de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de TriHealth para obtener ayuda económica u otras formas de pago y que contribuyan al costo de su atención según su capacidad individual para hacerlo. Esto incluye presentar su solicitud para Medicare, Medicaid, Medicare/Medicaid administrado o productos en el Mercado de seguros médicos (Intercambio), si corresponde. Se animará a las personas con capacidad económica para comprar un seguro médico a que lo hagan, como medio de asegurar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal general y para la protección de sus activos individuales.

Para manejar sus recursos de forma responsable y permitir que TriHealth dé el nivel adecuado de ayuda al mayor número de personas que lo necesitan, se establecen las siguientes directrices para la prestación de ayuda económica al paciente.

ATENCIÓN MÉDICA DE EMERGENCIA:

TriHealth da atención médica de emergencia sin discriminación, sin importar la elegibilidad de la persona para recibir ayuda económica según esta Política. TriHealth no disuadirá a los pacientes de buscar atención de emergencia mediante acciones, como solicitar que los pacientes paguen antes de recibir atención médica de emergencia. Los servicios médicos de emergencia, según EMTALA, se prestan a todos los pacientes de TriHealth de forma no discriminatoria.

DEFINICIONES

A los efectos de esta Política, los términos que se indican abajo se definen de la siguiente manera:

“**AGB**” son las cantidades generalmente facturadas por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a personas que tienen cobertura de seguro.

“Período de presentación de solicitud” es el período durante el que TriHealth debe aceptar y procesar una solicitud de ayuda económica según la Política de ayuda económica. El período de presentación de solicitud comienza en la fecha en que se da la atención y finaliza el día 240 después de que TriHealth dé el primer estado de cuenta después del alta. Después, TriHealth, a su exclusivo criterio, puede optar por no aceptar solicitudes bajo la Política de ayuda económica.

“ECA” son las acciones extraordinarias de cobro.

“EMTALA” es la Ley de tratamiento médico de emergencia y parto activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act).

“Tamaño de la familia” incluye al paciente, a los padres (si el paciente es menor de 18 años), al cónyuge del paciente (independientemente de si vive en el domicilio) y a todos los hijos del paciente menores de 18 años (adopción natural o formal) que vivan en la casa del paciente.

“Ingresos familiares” son los ingresos de todos los familiares del paciente que tengan más de 18 años de edad. Para los efectos de esta definición, el ingreso se determina sobre una base anual, antes de impuestos y excluyendo ganancias y pérdidas de capital.

“Nivel federal de pobreza” (FPL) es una medida de ingresos emitida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS).

“Ayuda económica” incluye servicios médicos gratis o con descuento prestados a personas que cumplen los criterios de la organización y no pueden pagar la totalidad o una parte de los servicios médicamente necesarios.

“Dificultades económicas” se refiere a los pacientes que tienen un episodio catastrófico, una enfermedad terminal o facturas colectivas de TriHealth que superan el 25% de su ingreso familiar total.

“Necesidad económica” significa un ingreso familiar que se demuestra que no excede el cuatrocientos por ciento (400%) de las Directrices federales de pobreza establecidas para el tamaño de la familia correspondiente.

“Garante” significa la persona responsable de pagar la parte de la factura del paciente.

“Médicamente necesario” significa servicios de hospital o atención prestada, en pacientes hospitalizados y ambulatorios, a un paciente para prevenir, diagnosticar, evaluar o tratar una condición adversa como una enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas, disfunción emocional o conductual, déficit intelectual, deterioro cognitivo o discapacidad del desarrollo y sin la que se puede esperar que la persona sufra morbilidad prolongada, aumentada o nueva; deterioro de la función; disfunción de un órgano o parte del cuerpo; o dolor y malestar significativos.

“Médico” significa un médico empleado por TriHealth Physician Partners (TPP).

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

“Sin seguro” significa que el paciente no tiene ningún nivel de seguro o ayuda de terceros para ayudarlo a cumplir sus obligaciones de pago.

“Seguro insuficiente” significa que el paciente tiene algún nivel de seguro o ayuda de terceros, pero aún tiene gastos de bolsillo que exceden sus capacidades económicas.

PROCEDIMIENTO

I. Servicios elegibles

Los servicios elegibles bajo esta Política (“Servicios elegibles”) incluyen todos los servicios de emergencia y otros servicios médicamente necesarios, incluyendo los siguientes.

- Servicios de hospital agudos de TriHealth, ya sean de emergencia, para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
- Servicios prestados por médicos de TriHealth en un centro de TriHealth (factura profesional).
- Visitas en el consultorio médico con un médico de TriHealth u otro proveedor empleado.

TriHealth mantiene una lista de todos los proveedores que atienden en un centro TriHealth y si esta Política se aplica a esos proveedores. La lista está disponible en línea en <https://www.trihealth.com/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance> y puede obtenerse en forma impresa gratis en Bethesda North Hospital 10500 Montgomery Rd, Cincinnati, OH 45242; Good Samaritan Hospital 375 Dixmyth Ave, Cincinnati, OH 45220; o llamando a Orientación Financiera (Financial Counseling) al (513) 865-5148.

Los servicios excluidos bajo esta Política incluyen los siguientes:

- Servicios que no son médicamente necesarios.
- Servicios no facturados por TriHealth, incluyendo servicios de médicos, servicios de salud a domicilio, servicios de ambulancia, etc.
- Cirugía estética electiva, procedimientos de esterilización electiva y esterilización inversa, diagnóstico y tratamiento de fertilidad y pruebas de detección asociadas.
- Servicios no cubiertos por Medicaid.
- Farmacia.
- Artículos de conveniencia para el paciente.

Si un proveedor no está sujeto a esta Política, entonces ese proveedor puede facturar a los pacientes por separado por cualquier servicio profesional que el Proveedor le preste al paciente mientras esté en un centro de TriHealth. Ese proveedor podrá aplicar su propia política de ayuda económica y directrices aplicables, si las hubiera.

II. Programas de ayuda económica para pacientes elegibles según su necesidad económica

Todo paciente que reciba un Servicio elegible puede ser elegible para uno de los siguientes programas de ayuda económica si el paciente cumple alguno de los siguientes criterios:

A. Elegibilidad para atención gratis mediante el Programa de Garantía de Atención Hospitalaria de Ohio (Hospital Care Assurance Program, HCAP): La elegibilidad para HCAP se considerará únicamente para servicios de hospital y para residentes del estado de Ohio. Los residentes de Ohio que soliciten ayuda económica y cumplan los requisitos de elegibilidad estipulados por el Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (HCAP), administrado desde el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid), se considerarán elegibles para el HCAP. La atención gratuita se basa en las Directrices federales de pobreza, publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) en el Registro Federal. Consulte <https://www.trihealth.com/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance>

B. Elegibilidad para ayuda económica según la necesidad económica: La elegibilidad para la ayuda económica, financiada por TriHealth, se considerará para aquellas personas que no tienen seguro, que tienen seguro insuficiente, que no son elegibles para ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno y que no pueden pagar su atención, según una determinación de necesidad económica bajo esta Política. La concesión de ayuda económica se basará en una evaluación económica individualizada y no considerará la edad, el género, la raza, la orientación sexual, la afiliación religiosa o cualquier otra clasificación protegida.

1. **Descuento por seguro insuficiente/falta de seguro:** Un paciente con seguro insuficiente/sin seguro puede recibir un descuento de entre el ochenta y el cien por ciento (80% - 100%) del saldo del paciente según el ingreso familiar y la necesidad económica, según lo determinen los niveles federales de pobreza para los servicios elegibles. Consulte <https://www.trihealth.com/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance>. La cantidad del descuento previsto arriba deberá ser, en todos los casos, lo suficientemente grande como para que el paciente no sea personalmente responsable de pagar más que las cantidades generalmente facturadas (AGB).
2. **Elegibilidad presunta:** En caso de que TriHealth no tenga evidencia para respaldar la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda económica, TriHealth puede usar agencias externas o fuentes de datos para determinar las cantidades de ingresos calculadas como base para determinar la elegibilidad para ayuda económica y las posibles cantidades de descuento. A los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que cumplan cualquiera de los siguientes criterios se les puede conceder elegibilidad presunta:

1. Pacientes con un estado de “sin hogar” o “transitorio”.
2. La cuenta está identificada en el aviso oficial de quiebra.
3. El paciente falleció sin bienes patrimoniales.
4. Participación en los programas para mujeres, bebés y niños (WIC).
5. Elegibilidad para cupones de comida.
6. Elegibilidad para el programa de almuerzos escolares subsidiados.
7. Se da una vivienda de bajos ingresos/subsidiada como dirección válida.

C. Ayuda por dificultades económicas: Los pacientes que se determine que están por arriba del 200% de las Directrices federales de pobreza aún pueden ser elegibles para recibir ayuda por dificultades económicas. Los pacientes que tengan un episodio catastrófico, una enfermedad terminal o facturas colectivas de TriHealth que superen el 25% de su ingreso familiar total, se revisarán caso por caso para obtener un descuento por dificultades después de que se hayan procesado todos los pagos de terceros.

III. Descuento por pago propio: no basado en la necesidad económica

El siguiente descuento no se basa en la necesidad económica ni en el cumplimiento de los criterios de elegibilidad según esta Política. Este descuento se incluye en esta Política, más bien, como una conveniencia administrativa y un beneficio para los pacientes de TriHealth.

Un paciente sin seguro que no haya solicitado asistencia financiera, o que se presuma no elegible para ella, recibirá un descuento inicial sobre los cargos de los servicios elegibles, según el tipo de servicio indicado a continuación. Si dicho paciente solicitara asistencia financiera y se determinara que es elegible para descuentos mayores u otros programas, se anularía el descuento inicial (conforme a la tabla siguiente) y se aplicaría el descuento mayor correspondiente a dicha elegibilidad.

<u>Tipo de servicio</u>	<u>Descuento</u>
Servicios de hospital	45%
Proveedor de atención primaria	25%
Proveedor especializado	35%

IV. Determinación de la necesidad económica

A. Directrices de ayuda económica. Los servicios elegibles estarán disponibles para el paciente según una escala variable de tarifas, según la necesidad económica, determinada en referencia a los niveles federales de pobreza (FPL) en vigor en el momento de la determinación.

1. Los pacientes cuyo ingreso familiar sea igual o menor al 200% del FPL, según lo determinado por la evaluación económica, recibirán un descuento del 100% en los servicios elegibles prestados por TriHealth.
2. Los pacientes cuyo ingreso familiar supere el – 201 % pero sea igual o menor al 400% del FPL, según lo determinado por una evaluación económica, recibirán un descuento del 80% en los servicios elegibles prestados por TriHealth.

Para recibir cualquiera de los descuentos de arriba por los servicios elegibles prestados en un hospital TriHealth, una persona debe completar una solicitud de ayuda económica. Visite <https://www.trihealth.com/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance>

B. Procedimiento.

Para que lo consideren para el programa de ayuda económica de TriHealth, se deben seguir los siguientes pasos:

1. El paciente o familiar debe completar la solicitud de ayuda económica de TriHealth. Consulte <https://www.trihealth.com/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance>, que incluye informar el ingreso familiar bruto correspondiente a un mínimo de 3 meses (hasta 12 meses) antes de la fecha del servicio. Se requiere comprobante de ingresos, excepto en ciertas situaciones, según lo determine la gerencia de TriHealth.
2. TriHealth puede usar fuentes de datos externas, de terceros o disponibles públicamente que den información sobre la capacidad de pago de un paciente o de su garante (incluyendo, entre otras, la calificación crediticia).
3. TriHealth puede explorar fuentes alternativas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados y ayudar a los pacientes a solicitar dichos programas. Si se consideran otras fuentes disponibles, el paciente/familiar debe cooperar en la solicitud de estas otras fuentes para que lo consideren para el programa de ayuda económica de TriHealth.

4. TriHealth puede revisar los saldos de las cuentas pendientes del paciente por servicios anteriores prestados y el historial de pagos del paciente.
5. TriHealth, después de auditar los datos recibidos sobre la capacidad de pago de un paciente (como la calificación crediticia), puede solicitar prueba de dicha información económica, como recibos de pago, resúmenes del Seguro Social, estados de cuenta bancarios u otros documentos económicos aplicables.

C. Determinación inicial y reevaluación

Se usará una evaluación de la necesidad económica para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir ayuda económica para los servicios elegibles.

1. Los pacientes hospitalizados deberán completar una solicitud para cada ingreso, a menos que se ingrese de nuevo al paciente en un plazo de 45 días después del alta por la misma condición subyacente.
2. Las solicitudes para pacientes ambulatorios aprobadas siguen en vigor hasta 90 días a partir de la fecha inicial de los servicios.
3. Una solicitud para pacientes hospitalizados se puede usar para cubrir servicios ambulatorios para el paciente durante el período de 90 días inmediatamente posterior al primer día de la estancia en el hospital.
4. Los pacientes que tienen Medicare o Medicare Administrado (HMO) y están aprobados para ayuda económica pueden usar una solicitud de ayuda económica para todo el año calendario.
5. Los pacientes que no son de Medicare/con Medicare administrado deberán volver a solicitar la ayuda después del último día del 3.º mes calendario siguiente a la fecha de entrada en vigor de la fecha de servicio aprobada

D. Oportunidad. Los valores de dignidad humana y administración de TriHealth se reflejarán en el proceso de presentación de solicitud, la determinación de la necesidad económica y la concesión de ayuda económica. Las solicitudes de ayuda económica se procesarán rápidamente y TriHealth informará al paciente o solicitante en un plazo de cuarenta y cinco (45) días después de la recepción de una solicitud completa que incluya toda la documentación necesaria.

1. Solicitudes de ayuda económica incompletas: Si un paciente presenta una solicitud incompleta a la que le falta la información requerida o no incluye los documentos económicos de respaldo requeridos, TriHealth enviará una carta escrita notificando al paciente sobre la solicitud incompleta. El paciente tendrá 30 días para presentar la otra documentación a TriHealth. Si la solicitud está incompleta después de 30 días, TriHealth informará al paciente sobre el estado de la solicitud denegada mediante una carta escrita.

E. Reembolsos. Para los pacientes que se aprueben para recibir ayuda económica bajo esta Política, TriHealth reembolsará cualquier pago hecho por el paciente en cuentas elegibles que excedan el saldo final de pago propio del paciente, a menos que la cantidad sea menor de \$5.00.

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

TriHealth difundirá ampliamente esta Política para ayudar a sus pacientes y a la comunidad a recibir acceso a la ayuda económica. Esta Política, la solicitud de ayuda económica y un resumen en lenguaje sencillo de esta Política estarán disponibles para el público de la siguiente manera:

- la información la dará el personal de registro;
- la información se incluirá con las declaraciones de los pacientes;
- la información se publicará en carteles y estará disponible en los hospitales (incluyendo las áreas de emergencia, los departamentos de ingreso y registro y las oficinas comerciales);
- la información se publicará en el sitio web de TriHealth; y
- la información estará disponible o publicada en otros lugares públicos en los hospitales de TriHealth, según lo elija TriHealth.

TriHealth informará a la comunidad atendida por sus hospitales usando métodos razonablemente calculados para llegar a esos miembros de la comunidad que tengan más probabilidades de pedir ayuda económica, como dar copias a los bancos de alimentos locales.

Dicha información se dará en los idiomas que TriHealth considera habitualmente hablados por la población a la que sirve, como se describe en el Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act). Si se necesita traducción u otro tipo de ayuda para ayudar a completar la solicitud de ayuda económica de TriHealth, se ofrecerá la traducción y otras solicitudes de ayuda razonables.

La remisión de pacientes para una determinación de ayuda económica puede hacerla cualquier miembro del personal de TriHealth o personal médico, incluyendo médicos, enfermeras, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos o por el paciente o un familiar, amigo cercano o asociado del paciente, sujeto a las leyes de privacidad aplicables.

V. Relación con las políticas de cobranza

Según su Política de facturación y cobros de hospitales y consultorios médicos, TriHealth no iniciará acciones de cobro extraordinarias (ECA) contra un paciente o garante antes de que TriHealth haya hecho todos los esfuerzos razonables para determinar si el paciente es elegible para recibir ayuda económica bajo esta Política.

Las acciones de cobro que TriHealth puede tomar si no se recibe una solicitud de ayuda económica o un pago se describen en la Política de facturación y cobros de hospitales y consultorios médicos de TriHealth.

Para obtener más información sobre los pasos que tomará TriHealth para informar a los pacientes no asegurados de nuestra Política de ayuda económica y las actividades de cobro que podemos hacer, consulte la Política de facturación y cobros de hospitales y consultorios médicos de TriHealth.

Puede solicitar una copia gratis de esta Política de ayuda económica y de la Política de facturación y cobros de hospitales y consultorios médicos en los centros de TriHealth, por correo a HCAP/Financial Assistance, PO Box 639461, Cincinnati, OH 45263-9461, llamando al (513) 865-5148 o en línea aquí: <https://www.trihealth.com/patients-and-visitors/billing-and-insurance/financial-assistance>.

VI. Determinación de las cantidades cobradas a los pacientes:

TriHealth podría potencialmente facturar a un paciente los cargos brutos antes de saber que el paciente califica para la ayuda económica. Sin embargo, TriHealth no usará los cargos brutos cuando facture a personas que TriHealth sabe que califican para recibir ayuda económica.

Una vez establecida la elegibilidad para la ayuda económica, TriHealth no cobrará a los pacientes que sean elegibles para la ayuda económica más de las cantidades generalmente facturadas (AGB) a los pacientes asegurados por atención de emergencia o médicamente necesaria.

VII. Método de cálculo de la AGB

Para calcular las cantidades generalmente facturadas (AGB), TriHealth usa el método de “retrospección” descrito en la Reglamentación del Tesoro 1.501(r)-5(b)(3).

En este método, TriHealth usa datos basados en reclamos enviados a Medicare de pago por servicio y a todas las aseguradoras médicas privadas por atención de emergencia y médicamente necesaria durante el último período de 12 meses para determinar el porcentaje de cargos brutos que normalmente permiten estas aseguradoras.

Luego, el porcentaje de la AGB se multiplica por los cargos brutos por atención de emergencia y médicamente necesaria para determinar la AGB. TriHealth recalcula el porcentaje cada año. En 2025, el porcentaje de la AGB para servicios ambulatorios y hospitalarios es del 31%.

A ningún paciente elegible para ayuda económica se le cobrará más que la AGB por los servicios elegibles, después de que se haya determinado la elegibilidad.

VIII. Otras disposiciones

A. Capacitación del personal. TriHealth capacitará a su personal en los departamentos de Ingreso/Registro (Admitting/Registration), Orientación Financiera (Financial Counseling), Servicio al Cliente (Customer Service) y consultorios médicos sobre la disponibilidad de ayuda económica bajo esta Política.

B. Sin expectativas de remisiones. Los descuentos ofrecidos bajo esta Política no estarán de ninguna forma vinculados al acceso o prestación futura de servicios de atención médica cubiertos por un programa o pagador federal o comercial. De igual forma, no se ofrecerá ningún descuento en respuesta a servicios médicos actuales, pasados o futuros como recompensa por acceder a dichos servicios.

C. Informe anual de gestión y presupuesto. TriHealth evaluará periódicamente su programa de ayuda económica bajo esta Política y preparará informes anuales según corresponda. Los costos de la ayuda económica se informarán anualmente en el informe de beneficios de la comunidad de TriHealth, en los estados financieros auditados y en otros lugares según corresponda.

D. Requisitos reglamentarios. Cuando implemente esta Política, la administración y los centros de TriHealth deberán cumplir todas las demás leyes, normas y reglamentaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades hechas bajo esta Política.

OTRAS ÁREAS/POLÍTICAS O PROCEDIMIENTOS

Política de facturación y cobros de hospitales y consultorios médicos (#07_06.00)