

NÚMERO DE PÓLIZA	TÍTULO DE LA PÓLIZA	FECHA DE VIGENCIA
3549.7	POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA	06/10/2020
TIPO DE PÓLIZA	ÁREA	SE APLICA A
FINANZAS	SERVICIOS FINANCIEROS PARA EL PACIENTE	TODOS LOS HOSPITALES

PROPÓSITO:

De acuerdo con nuestro principio y misión como una organización caritativa sin fines de lucro comprometida a brindar atención médica de calidad a todos aquellos a quienes servimos de una manera que responda a las necesidades de nuestras comunidades y honre nuestra herencia religiosa, las instalaciones hospitalarias de Norton Healthcare brindan atención de emergencia u otra atención médica necesaria para todos nuestros pacientes, incluidos los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente, independientemente de su capacidad para pagar la totalidad o parte de esa atención.

Esta Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) pretende ser una política de asistencia financiera compatible con el I.R.C. (Código de Rentas Internas de 1986, con sus modificaciones) §501(r) creada y utilizada para:

- (A) determinar la elegibilidad de un paciente del hospital para recibir asistencia financiera;
- (B) establecer el método por el cual los pacientes del hospital pueden solicitar asistencia financiera;
- (C) servir de base para el cálculo de los importes imputados a los pacientes del hospital elegibles;
- (D) afirmar que esta FAP está difundida ampliamente en las comunidades hospitalarias que atendemos;
- (E) afirmar que Norton Healthcare no participará en acciones de cobro extraordinarias antes de hacer los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente del hospital en virtud de esta FAP y;
- (F) afirmar que a los pacientes del hospital elegibles para FAP no se les facturará más que las cantidades generalmente facturadas a otros pacientes que tengan un seguro que cubra dicha atención.

“Atención médica necesaria” significa aquellos servicios, en función de una evaluación de las necesidades médicas de la persona elegible, que sean razonables y necesarios para identificar, diagnosticar, tratar, corregir, curar, paliar o prevenir una enfermedad, lesión, discapacidad o cualquier otra afección médica, incluido el embarazo, y que son consistentes con la determinación de “Necesidad Médica”, tal como se define en el programa Medicaid de Kentucky. Estos servicios deben ser clínicamente apropiados y estar dentro de los estándares generalmente aceptados de las buenas prácticas médicas. Además, estos servicios se deben prestar en la ubicación más apropiada cuando, a los efectos prácticos, puedan realizarse de manera segura y efectiva. La atención médicamente necesaria no incluye ninguna atención brindada principalmente para la conveniencia de la persona, el cuidador o el proveedor de atención médica de la persona, o por razones estéticas.

“Atención de emergencia” significa los servicios, inclusive el examen y la estabilización, previstos para el tratamiento de una afección médica (1) que se manifiesta con síntomas agudos de suficiente gravedad (incluido dolor intenso) de modo que un paciente prudente pueda prever razonablemente que la ausencia de atención médica inmediata podría dar lugar a (a) poner la salud de la persona (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o el feto) en grave peligro, (b) deterioro grave de las funciones corporales, o (c) disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o (2) con respecto a una mujer que está teniendo contracciones, a que (a) no haya tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o (b) que el traslado pueda representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o del feto.

ALCANCE:

Esta FAP se aplica a todos los pacientes del hospital con una incapacidad demostrada para pagar (a diferencia de la falta de voluntad de pago, que se considera una deuda incobrable) por algunos o todos los cargos por cualquier emergencia u otros servicios hospitalarios médicamente necesarios en los siguientes lugares:

Norton Audubon Hospital
Norton Brownsboro Hospital
Norton Hospital
Norton Women's and Children's Hospital¹
Norton Children's Hospital
Norton Children's Medical Center

Norton Cancer Institute
Norton Cardiovascular Center - Springs
Norton Cardiovascular Center - Dixie
Norton Diagnostic Center - Dupont
Norton Diagnostic Center - Fern Creek
Norton Diagnostic Center - St. Matthews

POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA:

Norton Healthcare ofrece atención gratuita a los pacientes elegibles en virtud de esta FAP.

(A) Criterios de elegibilidad para asistencia financiera

1. Por lo general, la elegibilidad para la FAP de Norton Healthcare se basa en la residencia, ingresos, recursos y número de dependientes de una unidad familiar.
2. Más específicamente, se utilizan los siguientes criterios para determinar la elegibilidad para FAP de un paciente (o garante de ese paciente):
 - a. El paciente que carece de seguro de salud o que deja un saldo pendiente de pago después de que su plan de seguro de salud haya pagado o rechazado su reclamo ² y el paciente sea elegible bajo esta FAP; y
 - b. El paciente que no cumple con los requisitos para la cobertura subsidiada o la ayuda del gobierno, como los programas Disproportionate Share Hospital (DSH), Children's Health Insurance Program (CHIP), Medicaid, Medicaid Managed Care Organization (MCO) o Hoosier Healthwise; y
 - c. El ingreso de la unidad familiar del paciente es igual o inferior al 300 % del nivel federal de pobreza (FPG); y
 - d. Los recursos/activos de la unidad familiar del paciente son iguales o inferiores al 200 % de las pautas de DSH; y
 - e. Para ser elegible y para recibir asistencia para atención médica necesaria que no sea de emergencia, un paciente (o el garante del paciente) también debe residir en Kentucky, Indiana, Tennessee, Ohio o Illinois. Este requisito de residencia no se aplica a la atención de emergencia. Un "residente" de un estado es una persona cuyo lugar principal de residencia, a la fecha del servicio, esté dentro del estado.
3. A los efectos de la determinación de los ingresos y los recursos de una unidad familiar, se aplican las siguientes definiciones:
 - a. Un **paciente** es la persona que recibe la atención hospitalaria a la cual se refiere esta FAP.
 - b. El **garante** es la persona responsable financieramente del paciente (si no hay otra persona responsable financieramente del paciente, el paciente también es el garante).

¹ Puede facturarse como Norton Children's Hospital - St. Matthews

² Cualquier pago recuperado por el destinatario de la ayuda en virtud de la presente FAP - a través de la apelación a su compañía de seguros o a través de litigios, arbitraje, arreglo negociado, etc. - debe enviarse inmediatamente a Norton Healthcare y cualquier asistencia anterior se le aplicará por esa misma cantidad. El no hacerlo puede anular retroactivamente la ayuda financiera aprobada y generar que el garante sea responsable de la totalidad del saldo sin ajuste de la ayuda financiera.

- c. Un **dependiente** es cualquier persona reivindicada reconocida como tal por el paciente o garante en la declaración del impuesto sobre la renta federal presentada como prueba de ingresos junto con la solicitud de FAP.
- d. Un **solicitante de FAP** es el paciente o el garante.
- e. **Cónyuge** significa una persona que está casada con otra como resultado de matrimonio legal donde se haya celebrado, inclusive un matrimonio legal, del mismo sexo legal, independientemente de si la jurisdicción en la que se encuentra el proveedor o prestador suministrador que proporciona presta servicios de salud a la persona se encuentra, o en los que el cónyuge vive, permite que se produzcan este tipo de matrimonios o los reconoce.
- f. **Matrimonio** significa un matrimonio legal donde se haya celebrado, incluido un matrimonio legal entre personas del mismo sexo, independientemente de si la jurisdicción donde se encuentra el proveedor que brinda servicios de atención médica a la persona, o en el que vive el cónyuge, permite tales matrimonios o reconoce tales matrimonios;
- g. Un **familiar**, cuando se usa como sustantivo, incluye, pero no se limita, al cónyuge de una persona.
- h. Un **menor** es cualquier persona (a) menor de 23 años que vive con un padre y reclamado como dependiente en la declaración de impuestos federales de ese padre, o (b) menores de 18 años que viven con un tutor legal en la misma residencia.
- i. Una **unidad familiar** está integrada de la siguiente manera:
 - (1) Una persona y su cónyuge; o
 - (2) Los padres o padrastros, sus hijos menores de edad o hijastros menores de edad, que viven en la misma residencia; o
 - (3) Las parejas no casadas que tienen al menos un hijo menor de edad en común, junto con los hermanos menores de ese niño, que viven en la misma residencia; o
 - (4) Un menor de edad, el tutor legal del menor, junto con cualquiera de la familia del tutor legal, que viven en la misma residencia; o
 - (5) Un menor de edad, el hijo de ese menor de edad, y los padres de ese menor de edad, que viven en la misma residencia; o
 - (6) Un menor de edad, el hijo de ese menor de edad, y el otro padre de ese niño, independientemente de su estado civil, que viven en la misma residencia (esto se considera una unidad familiar separada de cualquier otra unidad familiar que también vive en esa residencia); o
 - (7) Un menor de edad y los abuelos del menor que viven en la misma residencia (los abuelos son una unidad familiar independiente a menos que el menor de edad se reconozca como dependiente por los abuelos y los abuelos puedan demostrar la tutela legal); o
 - (8) Cónyuges de derecho común que viven en la misma residencia, incluidos los matrimonios de derecho común reconocidos en otros estados o donde un cónyuge reclama al otro como dependiente.
- j. El **ingreso de una unidad familiar** es el dinero total recibido por todos los miembros de la unidad familiar de cualquier fuente en cualquier momento durante los 12 meses anteriores.
- k. Los **recursos/activos de una unidad familiar** incluyen tanto activos líquidos (efectivo, cuentas bancarias, certificados de depósito, etc.) y no líquidos, aunque existen exclusiones específicas de la siguiente manera:

- (1) Un bien de familia, artículos para el hogar y bienes personales como joyas, ropa y otros artículos de carácter personal;
 - (2) Hasta \$6,000 como patrimonio neto en el ingreso que producen bienes inmuebles que no son bienes de familia (comercial o no comercial) esenciales para la autosuficiencia;
 - (3) Hasta \$4,500 como patrimonio neto en automóviles; y
 - (4) Reservas para entierro de hasta \$1,500 por persona, espacios funerarios que incluyen el terreno, ataúd, bóveda y artículos de la misma naturaleza, y los planes de entierro prepagados irrevocables, contratos y fideicomisos funerarios.
4. La elegibilidad para asistencia en virtud de esta FAP por servicios en el pasado no es garantía de que los servicios futuros serán elegibles. La determinación de elegibilidad en virtud de esta FAP para los servicios relacionados con la atención de emergencia o médicamente necesaria es válida durante un máximo de seis meses a partir de la fecha de determinación de elegibilidad.
 5. En el caso de que, según la Política de No Facturación al Seguro, un paciente elija que Norton Healthcare no facture a su aseguradora los cargos dentro del ámbito de esta FAP, dichos cargos no serán elegibles para obtener ayuda financiera según esta FAP.
 6. En el caso de que un padre o garante elija no añadir a su bebé o hijo menor de edad a su seguro médico y rehúse solicitar la cobertura de Medicaid o MCO para dicho bebé o hijo menor de edad, los cargos relacionados con dicho bebé o hijo menor de edad no serán elegibles para asistencia financiera según esta FAP.
 7. La atención que no sea de emergencia, aunque sea médicamente necesaria no será elegible para asistencia financiera según esta FAP para un paciente que participe en un plan de seguros que estime que Norton Healthcare y sus distintos centros estén “fuera de la red”, o cuyo plan de seguro no incluya a Norton Healthcare y sus afiliadas como proveedor participante, a menos que Norton Healthcare haya aprobado brindar asistencia financiera a dicho paciente basándose en negociaciones anteriores con la aseguradora o debido a otros hechos y circunstancias relevantes específicas de dicho paciente.
 8. Norton Healthcare ha determinado que, en la ausencia de circunstancias extraordinarias, los servicios relacionados con el programa bariátrico son médicamente *beneficiosos*, pero no son médicamente *necesarios*. Por lo tanto, dichos servicios no serán elegibles para asistencia financiera, y el paciente será responsable por el pago de dichos servicios, en su totalidad (o por cualquier saldo restante después del pago de cualquier cantidad cubierta por el seguro privado u otros terceros pagadores).

(B) Método de solicitud para solicitar de asistencia financiera

1. Tal como se detalla en el **Anexo A**, los empleados de Norton Healthcare o de las personas designadas por Norton Healthcare están disponibles para ayudar a los pacientes en la determinación, o para evaluar a los pacientes con el fin de determinar su elegibilidad para los programas de ayuda del gobierno o de Asistencia Financiera. El paciente puede cumplimentar las solicitudes de ayuda del gobierno o de asistencia financiera directamente y están disponibles tal como se describe en esta FAP. Este programa estará administrado a expensas de Norton Healthcare sin costo alguno para el paciente.
2. Para solicitar asistencia financiera para **Servicios principales** (como se indica en el **Anexo C**) en virtud de esta FAP, el solicitante de FAP debe:
 - a. completar la Solicitud de Asistencia Financiera - Servicios principales (ver **Anexo B1**); y
 - b. proporcionar la declaración de impuestos de su año anterior.
3. Para solicitar asistencia financiera para **Servicios menores** (como se indica en el **Anexo C**) en virtud de esta FAP, el solicitante de FAP debe:
 - a. completar la Solicitud de Asistencia Financiera - Servicios menores (ver **Anexo B2**).

4. Se le puede solicitar más información al solicitante de FAP, si es necesario, con el fin de aclarar la información proporcionada en la solicitud o en las declaraciones de impuestos, tales como copias de los estados de cuentas bancarias, documentación de cheques de desempleo, documentación de cheques del Seguro Social, documentación de alquiler de propiedad, estado de cuenta de hipoteca, declaraciones de impuestos de bienes raíces, etc.
5. En algunos casos, la asistencia financiera puede aprobarse sin mediar una solicitud para:
 - a. Presuntos beneficiarios de Medicaid
 - b. Beneficiarios de QMB Medicaid
 - c. Beneficiarios de Medicaid fuera del estado
 - d. Pacientes que son elegibles para Medicaid en el mes inmediatamente anterior o posterior a la fecha de servicio
 - e. Los pacientes determinados como elegibles para FAP dentro de los seis (6) meses anteriores

(C) Base para calcular las cantidades cobradas a pacientes elegibles

1. **Atención de emergencia u otra atención médica necesaria.** Norton Healthcare (incluidas las entidades sustancialmente relacionadas) no cobra a los pacientes elegibles para FAP más por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria que las cantidades generalmente facturadas generalmente (Amounts Generally Billed, AGB) a los pacientes que tienen un seguro que cubre dicha atención. Más bien, Norton Healthcare proporciona atención de emergencia u otra atención médica necesaria de forma gratuita a cualquier paciente que cumpla con los criterios de elegibilidad para la asistencia financiera en virtud de la presente FAP. Norton Healthcare utiliza el método de revisión retrospectiva y calcula un porcentaje de AGB para cada centro hospitalario dividiendo la suma de todos los importes de sus reclamaciones de atención de emergencia y otra atención médica necesaria permitidos por Medicaid (incluidas las organizaciones de atención administradas de Medicaid y pago por servicio de Medicaid) durante el año calendario anterior de 12 meses, por la suma de los cargos brutos correspondientes a esas reclamaciones. Norton Healthcare publica una copia actualizada de la descripción del cómputo de AGB y los porcentajes en su sitio web de asistencia financiera.
2. **Cualquier otra atención médica.** A un paciente elegible para FAP se le cobrará menos que los cargos brutos de dicha atención; siempre que, un estado de cuenta de facturación pueda incluir los cargos brutos de dicha atención como punto de partida al cual se deben aplicar diversas deducciones contractuales, descuentos o deducciones a fin de llegar al importe menor que los cargos brutos que el paciente elegible de FAP prevé pagar.

Los cargos por servicios no cubiertos prestados a pacientes elegibles para PAF elegibles para Medicaid u otros programas de atención de indigentes (incluido los cargos por día que superan un límite de estadía) pueden incluirse en el cálculo de atención total benéfica de Norton Healthcare.

(D) Difundir ampliamente la Política de Asistencia Financiera

Norton Healthcare difunde ampliamente esta FAP, incluidas las solicitudes de FAP y el resumen en términos sencillos de esta FAP, a los pacientes y a aquellos miembros de la comunidad a la que presta servicio, que tienen más probabilidades de necesitar asistencia financiera, sin costo, a través de exhibiciones públicas visibles en sus salas de emergencia y las áreas de admisión, ofreciendo un resumen en lenguaje sencillo de la FAP como parte de cualquiera de los procesos de admisión o de alta, y haciendo que estos documentos y la información correspondiente se pueda obtener fácilmente en su sitio web y en las copias en papel bajo pedido. Si una persona expresa una preferencia para recibir estos documentos e información electrónicamente, Norton Healthcare lo hará, por ejemplo, mediante pantalla electrónica o monitor, correo electrónico o dirección del sitio web directo o URL. En caso de que corresponda también estarán disponibles las traducciones de estos documentos e información. Cada estado de cuenta de facturación incluirá un aviso visible escrito que notifica e informa al destinatario sobre la disponibilidad de asistencia financiera en virtud de esta FAP e incluye el número de teléfono de la oficina o departamento que pueden proporcionar información sobre la FAP y el proceso de solicitud de FAP y la dirección del sitio web directo donde se pueden obtener copias de los documentos de la FAP.

(E) Proveedores de centros hospitalarios que no pertenecen a Norton Healthcare

Un paciente puede recibir atención de emergencia u otra atención médica necesaria dentro de un centro hospitalario por parte de un proveedor de centros hospitalarios que no pertenezcan a Norton Healthcare. Es posible que la atención prestada por estos proveedores esté cubierta o no por esta FAP. Una lista de estos proveedores y si la atención que brindan está o no cubierta por este FAP está disponible de forma gratuita en el sitio web de Norton Healthcare o, si lo solicita, comuníquese con los departamentos que figuran en el **Anexo A**.

(F) Acciones de cobro

Norton Healthcare no participará en acciones de cobro extraordinarias sin antes hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente del hospital en virtud de esta FAP. Las acciones que Norton Healthcare puede tomar con respecto a la falta de pago por parte de un paciente se describen en una Política de facturación y cobro por separado. Esta política está disponible de forma gratuita en el sitio web de Norton Healthcare o bajo pedido.



ANEXO A - INFORMACIÓN DE CONTACTO DE ASISTENCIA FINANCIERA

Para obtener más información o ayuda, visite nuestra página web o póngase en contacto con nosotros:

Sitio web para temas de asistencia financiera: www.nortonhealthcare.com/FAP

Consejeros en materia de asistencia financiera:

Norton Hospital	Norton Hospital (502) 629-2115 -o- (502) 629-8277
Norton Audubon Hospital	(502) 636-7303
Norton Brownsboro Hospital	Norton Hospital (502) 446-8106 -o- (502) 446-8606
Norton Women's and Children's Hospital	Norton Hospital (502) 899-6136 -o- (502) 899-6207
Norton Children's Hospital	Norton Hospital (502) 629-8281 -o- (502) 629-8474
Norton Children's Medical Center	(502) 446-8606

Equipo de servicios de atención al cliente: (502) 479-6300

Envíe por correo postal, fax o correo electrónico las solicitudes y documentación a:

Dirección para temas de asistencia financiera: SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
PO Box 35070
Louisville, KY 40232-9972

Fax para temas de asistencia financiera: (502) 629-8883

Correo electrónico para temas de asistencia financiera: FAP@nortonhealthcare.org



ANEXO B1 - SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA - SERVICIOS PRINCIPALES

(VEA LA PÁGINA SIGUIENTE)

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA POR PARTE DE NORTON HEALTHCARE

N.º DE CUENTA: _____

NOMBRE DEL PACIENTE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: ____ / ____ / ____ NSS: _____

DIRECCIÓN: _____ TELÉFONO RESIDENCIAL: _____ CELULAR: _____

CIUDAD: _____ ESTADO: _____ CÓDIGO POSTAL: _____ CORREO ELECTRÓNICO: _____

¿EL PACIENTE ES CIUDADANO AMERICANO? SÍ NO ¿EL PACIENTE ES UN RESIDENTE AMERICANO LEGAL? SÍ NO

EMPLEADOR DEL PACIENTE (SI ES MENOR DE EDAD, INFORMACIÓN DE LOS PADRES): _____ TELÉFONO: _____

EMPLEADOR DEL CÓNYUGE (SI ES MENOR DE EDAD, INFORMACIÓN DE LOS PADRES): _____ TELÉFONO: _____

SI TIENE SEGURO MÉDICO, INFORME:

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA: _____ TELÉFONO DE LA COMPAÑÍA: _____

N.º DE PÓLIZA: _____ TENEDOR DE PÓLIZA: _____

¿FUE UNA HOSPITALIZACIÓN POR ACCIDENTE AUTOMOVILÍSTICO? SÍ NO SI ES ASÍ, FECHA DEL ACCIDENTE: _____

INFORMACIÓN DEL ABOGADO: _____

¿LA CUENTA ESTÁ RELACIONADA CON LA COMPENSACIÓN DEL TRABAJADOR? SÍ NO FECHA DE LA LESIÓN: _____

INFORMACIÓN DEL ABOGADO: _____

INDIQUE EL NOMBRE, EDAD Y RELACIÓN DE LOS MIEMBROS DEL HOGAR CON EL PACIENTE:

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	RELACIÓN CON EL PACIENTE
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

(SI NECESITA ESPACIO ADICIONAL, ESCRIBA EN LA PARTE POSTERIOR DE ESTA PÁGINA)

INGRESOS (MENSUALES):

INGRESO DEL PACIENTE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, INGRESOS MENSUALES DE LA MADRE): \$ _____

INGRESOS DEL CÓNYUGE (SI EL PACIENTE ES MENOR DE EDAD, INGRESOS MENSUALES DEL PADRE): \$ _____

SI NO TIENE INGRESOS, ¿QUIÉN PAGA SUS GASTOS? _____

OTROS INGRESOS (MENSUALES):

K-TAP: \$ _____ DESEMPLEO: \$ _____

MANUTENCIÓN DE MENORES/PENSIÓN ALIMENTICIA: \$ _____ CUPONES DE ALIMENTOS: \$ _____

SEGURO SOCIAL: \$ _____ PENSIÓN: \$ _____

SSI/DISCAPACIDAD: \$ _____ OTRO INGRESO: \$ _____

INGRESOS MENSUALES TOTALES: \$ _____

GASTOS (MENSUALES):

RENTA/HIPOTECA: \$ _____ ALIMENTOS Y SUMINISTROS: \$ _____

TELÉFONO: \$ _____ SERVICIOS PÚBLICOS: \$ _____

OTROS GASTOS: \$ _____

GASTOS MENSUALES TOTALES: \$ _____

RECURSOS CONTABLES:**BANCO****VALOR**

CUENTA CORRIENTE: _____

CAJA DE AHORROS: _____

MERCADO MONETARIO: _____

FONDOS DE INVERSIÓN: _____

ACCIONES: 401k _____ 403B _____

BONOS: _____ IRA _____

OTRAS FUENTES: _____

RECURSOS TOTALES: \$ _____

BIENES:**INMUEBLES:****OTROS BIENES:****AUTOMÓVIL N.º 1:****AUTOMÓVIL N.º 2:**

NOMBRE DEL ACREEDOR DE LA HIPOTECA	NOMBRE DEL ACREEDOR DE LA HIPOTECA	AÑO/MARCA/MODELO	AÑO/MARCA/MODELO
_____	_____	_____	_____
VALOR ACTUAL	VALOR ACTUAL	VALOR ACTUAL	VALOR ACTUAL
_____	_____	_____	_____
PATRIMONIO ACTUAL	PATRIMONIO ACTUAL (VALOR ACTUAL MENOS LO QUE DEBE)	PATRIMONIO ACTUAL (VALOR ACTUAL MENOS LO QUE DEBE)	PATRIMONIO ACTUAL (VALOR ACTUAL MENOS LO QUE DEBE)

¿OTROS INMUEBLES?

_____ (EN CASO AFIRMATIVO, INFORME SOBRE EL NOMBRE DEL ACREEDOR DE LA HIPOTECA, DIRECCIÓN, VALOR ACTUAL Y PATRIMONIO ACTUAL)

¿OTROS AUTOMÓVILES?

_____ (EN CASO AFIRMATIVO, INFORME SOBRE EL AÑO, MARCA Y MODELO, PROPIETARIO, VALOR ACTUAL Y PATRIMONIO ACTUAL)

¿OTROS BIENES (ATV, MOTOCICLETA, CASAS RODANTES, ETC.)?

_____ (EN CASO AFIRMATIVO, INFORME SOBRE EL AÑO, MARCA Y MODELO, PROPIETARIO, VALOR ACTUAL Y PATRIMONIO ACTUAL)

ESTO CERTIFICA QUE SOLICITO MI CONSIDERACIÓN PARA ASISTENCIA FINANCIERA EN NORTON HEALTHCARE

ACEPTO proporcionar a Norton Healthcare la información necesaria para determinar mi elegibilidad para recibir ayuda con los gastos médicos derivados de los servicios que he recibido en sus instalaciones. Entiendo que mis médicos y otros proveedores de atención médica pueden tener políticas de asistencia financiera que me pudieran ayudar con los gastos médicos de estos proveedores. Como tal, autorizo a Norton Healthcare a proporcionar una copia de mi solicitud a aquellos proveedores que la soliciten para ayudarlos a determinar si califico para los beneficios de sus programas de asistencia financiera.

Certifico que la información proporcionada por mí en esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información en la solicitud de asistencia, mi solicitud se denegará y Norton Healthcare continuará tratando de cobrar cualquier saldo pendiente vencido. En ese caso, también estaré sujeto a enjuiciamiento por fraude. Estoy de acuerdo en notificar a Norton Healthcare cualquier cambio en la información proporcionada en este formulario incluida la dirección, número de teléfono e ingresos.

FIRMA DEL RESPONSABLE

FECHA

PROPORCIONE _____ EL FORMULARIO DE DEVOLUCIÓN DE IMPUESTOS FEDERALES (FORMULARIO 1040) _____ Y RECIBOS DE SUELDO DE 2 MESES y COMPROBANTE DE SSI, SEGURO SOCIAL O PENSIONES (EN CASO DE QUE CORRESPONDA) CON LA SOLICITUD COMPLETA.

ENVIAR LA INFORMACIÓN A:**NORTON HEALTHCARE****SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7****PO BOX 35070****LOUISVILLE, KY 40232-9972**

N.º DE TELÉFONO DE SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE: (502) 479-6300

N.º DE FAX PARA TEMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA: (502) 629-8883

DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO: FAP@nortonhealthcare.org

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN VISITE: www.nortonhealthcare.com/FAP



ANEXO B2 - SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA - SERVICIOS MENORES

Solicitud de asistencia financiera por parte de Norton Healthcare para servicios menores solamente

Nombre del paciente: _____ NSS _____ Fecha de nacimiento _____

Nombre del cónyuge: _____ NSS _____ Fecha de nacimiento _____

Dirección _____ TELÉFONO _____

Número de integrantes de la familia: Número de miembros de la unidad familiar: _____ Cantidad de dependientes: _____

Ingresos: Ingreso bruto total del hogar: \$ Mensual _____ o Anual _____

El ingreso incluye: Ingreso del paciente, ingreso del cónyuge, manutención de menores/pensión alimenticia, cheques del Seguro Social mensual, pensión, desempleo, SSI o discapacidad. Incluye CUALQUIER otro ingreso

Recursos: Cantidad en cuenta corriente \$ _____ Cantidad en caja de ahorros \$ _____

Valores de acciones/bonos/CD (incluso si no pueden cobrarse) _____ 403B _____; 401K _____, Otros _____

Activos: Valor Total de Activos \$ _____ a excepción de la vivienda en la cual reside actualmente

Los activos incluyen cualquier bien adicional, terrenos, viviendas de alquiler adicionales, etc.

Esto certifica que solicito mi consideración para asistencia financiera en Norton Healthcare. Entiendo que mis médicos y otros proveedores de atención médica pueden tener políticas de asistencia financiera que me pudieran ayudar con los gastos médicos de estos proveedores. Como tal, autorizo a Norton Healthcare a proporcionar una copia de mi solicitud a los proveedores que lo soliciten para ayudarles a determinar si califico para los beneficios bajo los programas de asistencia financiera. CERTIFICO que la información proporcionada por mí en esta solicitud es correcta y verdadera a mi leal saber y entender. Entiendo que si doy información falsa o retengo información en la solicitud de asistencia, mi solicitud se denegará y Norton Healthcare tratará de cobrar cualquier saldo pendiente vencido. Entiendo que la solicitud se completa solamente para servicios hospitalarios menores. La consideración de elegibilidad para los servicios hospitalarios principales requerirá la cumplimentación de toda la Solicitud de Asistencia Financiera por parte de Norton Healthcare y puede exigir la presentación de información adicional y comprobantes de ingresos adicionales/recursos para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia con esos servicios principales adicionales.

FIRMA DEL RESPONSABLE

Fecha:

Firma del testigo

Fecha:

ENVIAR LA INFORMACIÓN A:

NORTON HEALTHCARE
SBO FINANCIAL ASSISTANCE DEPT 14-7
P.O. BOX 35070
LOUISVILLE, KENTUCKY 40232-9972

ENVÍE CORREOS ELECTRÓNICOS A:

FAP@nortonhealthcare.org

PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN VISITE:
N.º DE TELÉFONO DE SERVICIO DE ATENCIÓN AL CLIENTE:
FAX PARA TEMAS DE ASISTENCIA FINANCIERA:

www.nortonhealthcare.com/FAP
(502) 479-6300
(502) 629-8883

ANEXO C - SERVICIOS PRINCIPALES/MENORES

PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES	PROCEDIMIENTOS MENORES
QUIMIOTERAPIA/MEDICAMENTOS Y TERAPIA	TERAPIA IV
INFUSIONES	RADIOLOGÍA DIAGNÓSTICA
DISPOSITIVOS ORTOPÉDICOS-PRÓTESIS	ALMACENAMIENTO DE SANGRE
RADIOTERAPIA	AUDIO
MEDICINA NUCLEAR	CLÍNICA
EXPLORACIÓN POR TC O TAC	SERVICIOS OSTEOPÁTICOS
BLOQUEO EPIDURAL	FARMACIA (QUE NO SEA QUIMIOTERAPIA/MEDICAMENTOS Y TERAPIA)
CIRUGÍA AMBULATORIA	ECG
SERVICIOS DE CUIDADOS RESPIRATORIOS	EEG
FISIOTERAPIA	TRATAMIENTO DE LA DIABETES
TERAPIA OCUPACIONAL	REHABILITACIÓN CARDÍACA - FASE III
TERAPIA DEL HABLA	SALA DE EMERGENCIAS (SIN PROCEDIMIENTOS PRINCIPALES)
FUNCIÓN PULMONAR GENERAL	LABORATORIO (NO ONCOLOGÍA)
REHABILITACIÓN CARDÍACA (NO FASE III)	MAMOGRAFÍA
CARDIOLOGÍA - CATETERISMO CARDÍACO	TRATAMIENTO EN SALA DE OBSTETRICIA/LAVADO DE PUERTO
CARDIOLOGÍA - ECOCARDIOGRAMA	TRATAMIENTO EN SALA DE OBSTETRICIA/ATENCIÓN DE HERIDAS
ATENCIÓN DE CIRUGÍA AMBULATORIA	ECOGRAFÍA
SERVICIO DE AMBULANCIA	RADIOGRAFÍAS
RESONANCIA MAGNÉTICA (MRI)	
ANGIOGRAFÍA POR RESONANCIA MAGNÉTICA (MRA)	
TERAPIA MRT	
SALA DE RECUPERACIÓN	
SALA DE TRABAJO DE PARTO Y DE PARTOS	
GASTROINTESTINAL GENERAL	
LITOTRICA	
TRATAMIENTOS PSIQUIÁTRICOS - HOSPITALARIOS	
SERVICIOS PSIQUIÁTRICOS - HOSPITALARIOS	
POLISOMNOGRAFÍA (ESTUDIO DEL SUEÑO)	
EMG	
VELOCIDAD DE CONDUCCIÓN NERVIOSA	
OTRAS TERAPIAS	
PACIENTE HOSPITALIZADO	
SERVICIOS DE OBSERVACIÓN - ESTUDIO DEL SUEÑO	
SERVICIOS ORTOPÉDICOS	
SERVICIOS EN QUIRÓFANO	
LABORATORIO (ONCOLOGÍA)	
TOMOGRAFÍA DE EMISIÓN DE POSITRONES (PET)	
PRUEBA DE ESTRÉS CARDIOLÓGICA	
CARDIOLOGÍA OTRAS TERAPIAS	
CUIDADO DEL RECIÉN NACIDO	

Otros servicios no mencionados en el presente Anexo pueden incluirse para elegibilidad. Póngase en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente al (502) 479-6300.