

POLÍTICA y PROCEDIMIENTO

	Financial Assistance and Charity Care Policy and Procedure - SPANISH	
Procedure # 10045	Categories Administration / Non-Clinical → Admissions , Patient Financial Services	This Procedure Applies To: Texas Children's Global, Texas Children's Health Plan, Texas Children's Hospital, Texas Children's Pediatrics, Texas Children's Physician Services Organization, Texas Children's Urgent Care
		Document Owner Rubisela Alanis

Política General

Texas Children's Hospital Houston, Texas Children's Hospital Austin, Texas Children's Physician Services Organization, y Texas Children's Women's Specialists (denominados colectivamente en este documento como "TCH") están comprometidos a brindar atención de la más alta calidad a sus pacientes. TCH reconoce que algunos pacientes y/o sus familias pueden no poder pagar todos o alguna parte de los servicios prestados por TCH y sus entidades sustancialmente relacionadas. En cumplimiento de su misión y valores caritativos, TCH proporciona asistencia financiera a pacientes y/o sus familias que son de bajos ingresos, no tienen seguro médico o tienen un seguro médico insuficiente, no son elegibles para programas de atención médica del gobierno y que de otro modo no pueden pagar algunas o todas las facturas relacionadas con los servicios considerados "médicamente necesarios" por Medicare, Medicaid o los estándares de la industria. La asistencia financiera también puede estar disponible para otros pacientes y para otros servicios, determinada caso por caso de acuerdo con los procedimientos establecidos en este documento.

A ningún paciente se le negará asistencia financiera por motivos de género, raza, credo, color, identidad nacional/origen étnico, religión, edad, orientación sexual o discapacidad. Además, TCH brindará, sin discriminación, atención para afecciones médicas de emergencia a personas independientemente de si son elegibles para recibir asistencia financiera.

DEFINICIONES

Deuda Incobrable el monto del saldo adeudado presentado para pago por el garante que no se haya pagado en su totalidad y que es poco probable que se pague por diversas razones resultará en una cancelación por cuidados no compensada.

Ingreso Familiar o Ingreso Bruto: Incluye ganancias, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario, pagos de asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para sobrevivientes, ingresos de pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos, asistencia educativa, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia externa al hogar y otras fuentes diversas. El ingreso familiar se basa en la parte o partes que son responsables económicamente del paciente. Esto puede verificarse mediante los impuestos u otra documentación legal.

Nivel Federal de Pobreza ("FPL" por sus siglas en inglés): Una medida definida por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos basada en el ingreso bruto y el tamaño del hogar para indicar el umbral de pobreza.

Asistencia Financiera: Una reducción total o parcial de los cargos incurridos en TCH y sus entidades sustancialmente relacionadas a pacientes por servicios de emergencia o médicamente necesarios que hayan calificado para una tarifa con descuento de acuerdo con las disposiciones de esta política de asistencia financiera.

Las copias impresas son sólo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

POLÍTICA y PROCEDIMIENTO

Un paciente que paga por su cuenta sin seguro o un paciente con seguro insuficiente para el servicio correspondiente que no es elegible para la cobertura a través de un programa de atención médica del gobierno u otro seguro, y que tiene un ingreso familiar menor o igual al 400% del FPL, puede ser elegible para recibir asistencia financiera en forma de cargos con descuentos.

Comité de Asistencia Financiera: Un comité de TCH compuesto por representantes apropiados de TCH y/o personal médico con responsabilidad de: 1) revisión y aprobación mensual de solicitudes de Asistencia Financiera que no se ajusten a las pautas establecidas en el Procedimiento Operativo Estándar de Caridad y 2) revisión mensual de los informes financieros asociados con la asistencia financiera en TCH.

Deducible de asistencia financiera: La parte de una factura de TCH que es responsabilidad del paciente una vez aprobada la asistencia financiera. Este monto podrá ser determinado por el Comité de Asistencia Financiera, como excepciones a la escala móvil según lo establecido en este Procedimiento Operativo de Caridad.

Persona Financieramente Indigente: Un paciente que TCH ha determinado que no puede pagar algunas o todas sus facturas debido a que los ingresos familiares del paciente y/o de la familia del paciente están por debajo de los umbrales especificados según el FPL.

Programa de Salud del Gobierno: Cualquier programa de atención médica operado o financiado al menos en parte por el gobierno federal, estatal o local, incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid, Niños con Necesidades Especiales de Atención Médica ("CSHCN", por sus siglas en inglés) y el Programa de Seguro Médico para Niños ("CHIP", por sus siglas en inglés).

Cargos Brutos: Cargos facturados a las personas que reciben servicios en TCH.

Persona Médicamente Indigente: Un paciente que TCH ha determinado que no puede pagar algunas o todas las facturas del paciente relacionadas con servicios considerados médicamente necesarios según los estándares de Medicare, Medicaid y la industria de seguros, incluso si el paciente y/o la familia del paciente tienen ingresos que los descalifican para ser financieramente indigentes.

Presunta Elegibilidad: Un paciente que no ha presentado una solicitud completa de asistencia financiera, pero cuyas circunstancias cumplen con uno o más de los siguientes requisitos:

Persona sin Hogar;

Inscrito o elegible para Medicaid o CSHCN, pero no en la fecha del servicio o para un servicio no cubierto;

Están inscritos en programas gubernamentales para personas de bajos ingresos y los fondos del programa no están disponibles (por ejemplo, déficit presupuestario);

Persona derivada para servicios por el Sistema de Salud del Condado de Harris que cumple con los requisitos de elegibilidad

Persona a la que un software de terceros, como Propensity, determine que cumple con el criterio de elegibilidad presunta para pagar/asistencia financiera/inscripción, en conformidad con esta política de asistencia financiera.

Paciente con Seguro Insuficiente: Un paciente que tiene un seguro o cobertura de terceros, pero tiene gastos de bolsillo (por ejemplo, saldos de pago propio asociados con un deducible alto/desembolso directo o planes de beneficios limitados) que exceden la capacidad de pago del paciente y se encuentran dentro de la escala móvil de asistencia financiera.

Paciente sin seguro que paga por cuenta propia: Un paciente que no tiene seguro ni cobertura de terceros para ayudarlo a cumplir con sus obligaciones de pago.

PROCEDIMIENTOS

1. DESCRIPCIÓN GENERAL

- 1.1. El Departamento de Asesoramiento Financiero de TCH identificará a los pacientes que pueden ser elegibles para recibir asistencia financiera.
- 1.2. Un paciente también puede solicitar asistencia financiera si no lo identifica el Departamento de Asesoramiento Financiero. Un paciente que solicite Asistencia Financiera será derivado a un Asesor Financiero para que le oriente sobre el proceso de Asistencia Financiera.
- 1.3. A un paciente que busca asistencia financiera se le puede pedir que complete una solicitud de asistencia financiera. Sin embargo, si corresponde, se puede determinar la elegibilidad presunta en lugar de revisar una solicitud de asistencia financiera. Los pacientes que cumplan con cualquiera de los criterios de elegibilidad presunta pueden considerarse elegibles para un descuento y podría no pedírseles que presenten una solicitud de asistencia financiera.
- 1.4. Un paciente puede ser elegible para recibir asistencia financiera después de que se hayan agotado todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente y que el paciente y su familia no tengan ingresos suficientes para cubrir los gastos de bolsillo, según lo determinado por TCH. Se revisarán los recursos financieros existentes y potenciales para el paciente, incluidos, entre otros, el seguro médico privado y cualquier programa gubernamental de atención médica.
- 1.5. La Asistencia Financiera solo se aplica a servicios considerados “medicamento necesarios” según Medicare, Medicaid, o los estándares de la industria. En casos en que la necesidad médica no esté clara, el Comité de Asistencia Financiera hará un seguimiento con el médico del paciente para determinar si los servicios son médicamente necesarios.

2. ELEGIBILIDAD

- 2.1. Cualquier paciente que reciba o busque recibir atención de emergencia o medicamento necesaria en TCH puede solicitar asistencia financiera. La elegibilidad para recibir asistencia financiera generalmente está reservada para ciudadanos y residentes de EE. UU. Las consultas internacionales y de no residentes se derivan a Texas Children's International and Destination Medicine Department. Un paciente que no es ciudadano o residente de los EE. UU. puede ser considerado financieramente indigente o médicamente indigente y el Comité de Asistencia Financiera puede aprobar asistencia financiera para dicho paciente, teniendo en cuenta la naturaleza de la enfermedad del paciente, la probabilidad de que el tratamiento conduzca a un resultado de recuperación exitoso, la resolución de casos similares y las limitaciones presupuestarias de TCH.
- 2.2. Los porcentajes de descuento de asistencia financiera, como se establece en el Anexo A adjunto al presente, se calculan utilizando FPL y pueden actualizarse junto con las actualizaciones de FPL publicadas en el Registro Federal.

POLÍTICA y PROCEDIMIENTO

- 2.3. Si el ingreso familiar anual de un paciente no supera el 100% del FPL, el paciente puede calificar para Medicaid. Si el ingreso familiar está entre el 101 % y el 200 % del FPL, el paciente puede calificar para CHIP. Si el paciente no califica para ningún programa gubernamental de atención médica y el ingreso familiar está por debajo del 400% del FPL, se aplicarán las pautas establecidas en el Exhibit A Federal Poverty Guidelines para calcular el porcentaje de Asistencia Financiera a la que el paciente tiene derecho. [Exhibit A Federal Poverty Guidelines](#) también servirá de guía para determinar el Deducible de Asistencia Financiera. Si un paciente no es elegible para un descuento y desea asistencia financiera adicional, la solicitud de asistencia financiera de dicho paciente se derivará al Comité de Asistencia Financiera para su revisión y determinación.
- 2.4. Si un paciente tiene Medicare, pero no tiene cobertura secundaria y el ingreso familiar está dentro del FPL establecido en esta política de asistencia financiera, se le puede pedir al paciente que solicite Medicaid antes de ser considerado para recibir asistencia financiera.
- 2.5. Además de utilizar el FPL para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera, se considerarán los siguientes factores:
- 2.5. 1. Ingreso Familiar: el ingreso familiar generalmente debe estar dentro del FPL teniendo en cuenta el tamaño de la familia, área geográfica y otros factores relevantes
 - 2.5.2. Si un paciente puede calificar para recibir cobertura, se le evaluará para detectar todas las posibles fuentes de financiamiento, incluyendo, entre otras, Medicaid, CSHCN, CHIP, Medicare (si corresponde) y/o cualquier opción comercial potencial.
 - 2.5.3. Requisito de Buena fe: se espera que los pacientes cooperen con el proceso de la solicitud y la revisión.

La falta de cooperación de los padres de familia al solicitar un programa gubernamental o asistencia financiera puede ser una consideración para negar la asistencia financiera.

3. DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

- 3.1. Los asesores financieros utilizarán las pautas federales de pobreza descritas en el Anexo A. [Exhibit A Federal Poverty GuidelinesExhibit A Federal Poverty Guidelines](#)) para determinar el monto apropiado de asistencia financiera disponible para los pacientes y el monto del deducible de asistencia financiera aplicable o la porción adeudada por el paciente.
- 3.2. Se espera que un paciente que pueda pagar una parte de los servicios proporcionados por TCH lo haga, incluso si el paciente es médicamente indigente. El Deducible de Asistencia Financiera es el monto del que el paciente será responsable una vez que se apruebe la Asistencia Financiera.
- La determinación de elegibilidad para recibir asistencia financiera tiene una vigencia de seis meses a partir de la fecha de aprobación y se aplica a todos los saldos pendientes al momento de la aprobación. Es posible extender la asistencia financiera por un período superior a seis meses como excepción con la aprobación de los directivos.
- 3.3. Si se aprueba, la asistencia financiera se aplicará a los saldos restantes después de que se hayan cobrado todos los pagos de terceros. Si alguna fuente de pago realizó un pago durante el período de aprobación de la asistencia financiera, el(los) pago(s) se aplicará(n) al saldo adeudado por el paciente y la asistencia financiera se aplicará al saldo restante. Si un paciente realizó pagos durante el período de aprobación de la asistencia financiera, se

reembolsarán los pagos del paciente.

3.4. El Comité de Asistencia Financiera conserva la autoridad de cambiar una decisión previa con respecto a la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera o puede modificar el alcance de la Asistencia Financiera en cada caso individualmente. El Comité de Asistencia Financiera revisará:

3.4.1 Casos que no cumplan con la solicitud de asistencia de programas gubernamentales (consulte la sección 2.5.5)

3.4.2 Residentes que no sean ciudadanos de EE.UU. con solicitudes que superen \$125,000.

3.4.3 Casos de solicitud de asistencia financiera con un FPL superior al 400% y/o aquellos determinados como médicamente indigentes

3.4.4 Casos presentados a discreción del Director de Servicios de Acceso para Pacientes o Ciclo de Ingresos/Servicio al Cliente

3.4.5 Apelaciones de pacientes

3.4.6 Solicitudes de TCH Austin con un FPL superior al 250%

3.5 La elegibilidad para recibir asistencia financiera puede ser revaluada cuando una o más de las siguientes situaciones ocurran:

3.5.1 Prestación de servicios adicionales;

3.5.2 Cambio en el ingreso familiar;

3.5.3 Cambio en el tamaño de la familia;

3.5.4 Vencimiento de los seis meses desde que el paciente calificó para asistencia financiera; o

3.5.5 El proceso de asistencia financiera no ha sido completado.

4. MONTOS COBRADOS AL PACIENTE

TCH Houston utiliza una “escala móvil” para determinar el porcentaje de descuento aplicable a un paciente que califica para recibir asistencia financiera.

4.1.1 Si un paciente/familia no es elegible para participar en un programa gubernamental de salud, TCH ofrece la siguiente asistencia financiera a los pacientes sin seguro o con un seguro insuficiente que pagan por cuenta propia, usando una escala móvil y el FPL más recientes incluido en el [Exhibit A Federal Poverty Guidelines](#)

4.1.2 Si los ingresos brutos son entre el 0% y 250% del FPL, se aplicará un descuento del 100% sobre los cargos facturados.

4.1.3 Si los ingresos brutos son entre el 251% y 325% del FPL, se aplicará un descuento del 75% sobre los cargos facturados.

4.1.4 Si los ingresos brutos son entre el 326% y 400% del FPL, se aplicará un descuento del 57% sobre los cargos facturados.

POLÍTICA y PROCEDIMIENTO

4.2 TCH Austin determina el porcentaje de descuento aplicable a un paciente que califica para asistencia financiera de la siguiente manera:

4.2.1 Si un paciente/familia no es elegible para participar en un programa gubernamental de salud, TCH ofrece la siguiente asistencia financiera a los pacientes sin seguro o con un seguro insuficiente que pagan por cuenta propia, usando una escala móvil y el FPL más recientes incluido en el [Exhibit A Federal Poverty Guidelines](#)

4.2.2 Si los ingresos brutos son entre el 0% y 250% del FPL, se aplicará un descuento del 100% sobre los cargos facturados.

4.2.3 Si los ingresos brutos son entre el 251% y el 400%, habrá una revisión a través del Comité de Asistencia Financiera.

4.3 Si los ingresos brutos son superiores al 400% del FPL no califica para asistencia financiera, y el paciente no tiene seguro, existe un descuento sobre los cargos para quienes pagan por cuenta propia.

4.4 Se espera que los pacientes alcancen su deducible de asistencia financiera y sean revaluados al menos cada seis meses para continuar recibiendo asistencia financiera.

5. BASES PARA CALCULAR LOS MONTOS COBRADOS A LOS PACIENTES

5.1 Los montos cobrados a los pacientes elegibles para asistencia financiera bajo los términos de esta política de asistencia financiera para cuidados de emergencia y medicamento necesarios no excederán el monto generalmente facturado (AGB, por sus siglas en inglés) a los pacientes que cuentan con un seguro que cubre este tipo de servicios.

5.1.1 TCH Houston determina AGB de toda atención de emergencia o medicamento necesaria que brinda a un paciente elegible para recibir asistencia financiera según el método de "retrospectiva", que se calcula multiplicando los cargos brutos de TCH Houston por la atención por un porcentaje de los cargos brutos (el "porcentaje de AGB"). Al calcular el porcentaje de AGB (que realiza el departamento de Informes Gubernamentales de TCH dentro de los 120 días antes del inicio de cada año fiscal), TCH incluye los reclamos permitidos durante un período anterior de 12 meses por el pago por servicios de Medicaid y todas las aseguradoras de salud privadas que pagan reclamaciones a TCH Houston. TCH Houston comienza a aplicar el porcentaje de AGB en un plazo de 120 días después del final del período de 12 meses utilizado para calcular el porcentaje de AGB.

5.1.2 TCH Austin determina los AGB para cualquier atención de emergencia o medicamento necesaria que brinda a un paciente elegible para recibir asistencia financiera según el método "prospectivo", mediante el uso del proceso de facturación y codificación que el hospital usaría si la persona elegible para la FAP fuese un Beneficiario de Medicaid. TCH Austin establecería el AGB para la atención en la cantidad que el hospital determina que sería la cantidad total que Medicaid permitiría para la atención (incluida la cantidad que Medicaid reembolsaría y la cantidad que el beneficiario sería personalmente responsable de pagar en forma de copagos, coseguros y deducibles).

5.2 Los miembros del público pueden obtener fácilmente el porcentaje AGB aplicable y la correspondiente descripción de los cálculos por escrito y sin costo llamando a Servicio al Cliente al 832-824-2300 o visitando la Oficina Principal de Admisiones de TCH en el 3er piso de West Tower, 6621 Fannin St., Houston, Texas 77030 o visitando TCH Austin Oficina principal de admisiones en el primer nivel, 9835 North Lake Creek Parkway, Austin Texas 78717.

6 SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

6.1 Una solicitud de Asistencia Financiera puede ser completada por cualquier persona que la solicite o esté identificada con una necesidad. Las excepciones están sujetas a la aprobación de los directivos. Se adjunta un modelo de solicitud como [Exhibit B – Financial Assistance Application– Solicitud de Asistencia Financiera](#). Cualquier empleado o médico de TCH puede derivar a un paciente a un asesor financiero para iniciar una solicitud de asistencia financiera. La aprobación de dicha asistencia puede ocurrir en cualquier fase del Ciclo de Ingresos de TCH.

6.2. El paciente o la familia que presente una solicitud debe colaborar durante el proceso de solicitud para poder ser considerado para asistencia financiera. Si el paciente no coopera con el proceso de solicitud, la asistencia financiera podrá ser negada o revocada. Dicha cooperación no es una condición previa para recibir tratamiento o atención de emergencia médicamente necesaria. Al presentar una solicitud completa, es posible que se le solicite al paciente que proporcione la siguiente documentación: cualquier evidencia de cobertura de terceros, situación laboral, verificación de empleo e ingresos, comprobante de residencia y tamaño de la familia.

6.2.1 Comprobante de ingresos del hogar que incluya alguno de los siguientes:

6.2.1.1 Declaración federal de impuestos sobre el ingreso más reciente, si trabaja por cuenta propia

6.2.1.2 Los 2 últimos talones de cheque de pago, o verificación escrita de salario proporcionada por el empleador, o formularios W2 actuales

6.2.1.3 Pagos por desempleo, discapacidad o manutención infantil

6.2.1.4 Cheque del Seguro Social o estado de cuenta de banco que muestre el depósito

6.2.1.5 Los 2 estados de cuenta de banco más recientes

6.3 Si un paciente/familia no puede proporcionar prueba de ingresos del hogar de conformidad con la Sección 6.2 y/o no reporta ingresos familiares, TCH hará un intento de buena fe de verificar cualquier ingreso familiar o la falta de ellos, a través de un servicio de evaluación de terceros. Además, es posible que se le solicite al paciente/familia que proporcione una declaración por escrito razonable de por qué no se puede proporcionar la documentación solicitada o del apoyo o asistencia vital que recibe el paciente/familia. TCH puede, a su entera discreción, aceptar dicha declaración por escrito como verificación de ingresos.

6.4 Se puede utilizar la evaluación de asistencia financiera para determinar la elegibilidad presunta cuando no es posible presentar una solicitud.

6.5 Asesoría Financiera proporcionará una decisión por escrito sobre la elegibilidad del paciente para asistencia financiera al solicitante dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la determinación de asistencia financiera. Esta notificación incluirá el monto del descuento aprobado y si se espera pago por parte del paciente; la notificación no incluye las razones específicas para la determinación.

6.6 Un paciente cuya solicitud de Asistencia financiera haya sido negada puede apelar dicha determinación a través del Departamento de Asesoría Financiera. Las apelaciones deben incluir documentos que demuestren la incapacidad de pago y que no estaban disponibles o no estaban incluidos en el momento de la consideración inicial.

6.6.1 La documentación de apoyo para las apelaciones puede incluir una carta de dificultades económicas que explique por qué el paciente/la familia no puede cumplir con su obligación financiera con Texas Children's Hospital y una lista de los gastos actuales del hogar, como hipoteca/alquiler, servicios públicos, préstamos, tarjetas de crédito, alimentos, manutención, seguro médico y de automóvil, facturas médicas/medicamentos y otros tipos de gastos incurridos cada mes

6.7 Los pacientes cuya asistencia financiera sea negada pueden solicitar un plan de pagos, administrado a través del Servicio al cliente o Asistencia Financiera.

6.8 El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes conservará todos los registros relativos a la asistencia financiera por un período de siete años o serán almacenados en formato electrónico mediante un proveedor externo.

6.9 Los formularios de solicitud de asistencia financiera están a su disposición sin costo alguno y pueden encontrarse en línea en <https://www.texaschildrens.org/financial-assistance>, llamando a Servicio al Cliente al 832824-2300, para pedir una solicitud por correo, visitando la Oficina Principal de Admisiones de TCH en el 3er piso de West Tower, 6621 Fannin St., Houston, Texas 77030, o a través de MyChart, o, para TCH Austin, llamando a nuestros asesores financieros al 727-229-2250 o visitando la Oficina Principal de Admisiones de TCH Austin en el primer nivel, 9835 North Lake Creek Parkway, Austin, Texas 78717. TCH proporcionará una traducción de su Política de Asistencia Financiera, de la solicitud de asistencia financiera y de un resumen en lenguaje sencillo de su Política de Asistencia Financiera para adaptarse a todas las comunidades relevantes que tienen un dominio limitado del inglés.

6.10 Se puede pedir una solicitud de asistencia financiera traducida llamando a Servicio al Cliente al 832-824-2300 o visitando la Oficina Principal de Admisiones de TCH en el 3er piso de West Tower, 6621 Fannin St., Houston, Texas 77030, o, para TCH Austin, llamando a nuestros asesores financieros al 727-229-2250 o visitando la Oficina Principal de Admisiones de TCH Austin en el primer nivel, 9835 North Lake Creek Parkway, Austin, Texas 78717.

7. FALTA DE PAGO

7.1 Si un paciente no paga el deducible de asistencia financiera y no renegocia un plan de pagos (en los casos que corresponda), el saldo adeudado podrá considerarse una deuda incobrable y se seguirán las Políticas y Procedimientos de Cobranza para Pacientes/Familias.

7.2 7.2. Las pautas para el manejo y el cobro de las cuentas de los pacientes por cobrar se describen en la Política de Cobros a Pacientes/Familias, disponible en inglés y español. El enlace a la página web es:

<https://www.texaschildrens.org/patients-and-visitors/insurance-and-billing-assistance/financial-arrangements>

8. LISTA DE PROVEEDORES QUE BRINDAN ATENCIÓN DE EMERGENCIA Y OTROS CUIDADOS MÉDICAMENTE NECESARIOS EN TCH

- 8.1 TCH lleva una lista de los proveedores (que se actualiza cada trimestre fiscal) externos a TCH y a sus entidades relacionadas que proporcionan atención de emergencia y otros cuidados médicamente necesarios en los centros del TCH, y que están cubiertos por la política de asistencia financiera del TCH. Puede obtener una copia de dicha lista de proveedores sin costo alguno, encontrándola en línea en <https://www.texaschildrens.org/patients-and-visitors/insurance-and-billing-assistance/financial-arrangements> o llamando al servicio al cliente al 832-824-2300 para pedir que le envíen la lista por correo, o acudiendo a la Oficina Principal de Admisiones del TCH, que se encuentra en el 3.er piso de West Tower, en 6621 Fannin St., Houston, Texas 77030. Para Austin, llamando a nuestros asesores financieros al 727-229-2250 o visitando la Oficina Principal de Admisiones de TCH Austin en el primer nivel, 9835 North Lake Creek Parkway, Austin, Texas 78717.

9. DISPONIBILIDAD DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA, RESUMEN EN LENGUAJE SENCILLO DE LA POLÍTICA DE ASISTENCIA FINANCIERA Y SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

- 9.1 TCH pondrá a disposición de todos los pacientes la información sobre asistencia financiera. TCH facilitará información, incluyendo esta Política de Asistencia Financiera, la solicitud de asistencia financiera, instrucciones para solicitarla y un resumen en lenguaje sencillo de la Política de Asistencia Financiera en su sitio web (disponible en <https://www.texaschildrens.org/patients-and-visitors/insurance-and-billing-assistance/financial-arrangements>). Así mismo, esta información estará disponible de forma gratuita para quienes la soliciten, tanto por correo como en lugares públicos dentro de TCH, incluyendo el Centro de Emergencias y las áreas de admisión. TCH notificará e informará a los miembros de la comunidad a los que atiende acerca de esta Política de Asistencia Financiera publicando la información en los estados de cuenta de los garantes de los pacientes. TCH también contará con presentaciones públicas que notifiquen e informen a los pacientes acerca de esta Política de Asistencia Financiera. La información estará disponible en inglés, español y otros idiomas hablados por comunidades relevantes atendidas por TCH. Los pacientes pueden comunicarse con TCH para obtener información relacionada con la asistencia financiera. Puede comunicarse con el Departamento de Asesoramiento Financiero de Main Campus llamando al 832-824-5505, al 832-227-2120 para West Campus, al 832 826 3300 para Pavilion for Women, y al 727-229-2250 para Austin. Esta información también está disponible a través de Servicio al Cliente en el 832-824-2300.

10. EXCEPCIONES

- 10.1 Pueden surgir circunstancias atenuantes al determinar la elegibilidad de los pacientes que no cumplen con los criterios establecidos anteriormente. El Comité de Asistencia Financiera está a cargo de revisar y aprobar estos casos.

DOCUMENTOS RELACIONADOS

[Exhibit A Federal Poverty Guidelines](#)

Versión # Página 9 de 10

Las copias impresas son sólo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la última versión.

[Patient/Family Collections Policy](#)

[Patient/Family Collections Procedure](#)

[Exhibit B – Financial Assistance Application– Solicitud de asistencia financiera](#)

[Política de admisiones](#)

REFERENCIAS

LEYES Y REGULACIONES ASOCIADAS

CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD DE TEXAS ANEXO §§ 311.031-311.048

CÓDIGO FISCAL DE TEXAS § 153.310, § 171.063

Condiciones de participación de Medicaid

Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos de 1986, con sus respectivas enmiendas y Reglamento del Tesoro promulgado en virtud del mismo

LEYES Y REGULACIONES ASOCIADAS

CÓDIGO DE SALUD Y SEGURIDAD DE TEXAS ANEXO §§ 311.031 -
311.048 CÓDIGO FISCAL DE TEXAS §153.310, § 171.063

Condiciones de participación de Medicaid

Ley de Protección al Paciente y Atención Médica Asequible del 2010, sección 501 (r)

Fecha de creación del documento original: 05/01/1989	Fecha de creación de esta versión: 27/12/2023	Fecha de vigencia/publicación: 20/02/2024
---	--	---