

## Política de Asistencia Financiera

### I. Propósito

La política de Cleveland Clinic Union Hospital (“Union”) es brindar atención médica de emergencia y atención médica necesaria sin ánimo de lucro para los pacientes sin importar raza, credo o capacidad de pago. Los pacientes que no tienen los medios de pago para los servicios que se brindan en Union pueden requerir asistencia financiera, que se otorgará sujeta a los términos y condiciones que se establecen a continuación. Los requisitos de elegibilidad para la asistencia financiera de acuerdo con esta Política intentan asegurar que Union tenga los recursos financieros necesarios para brindar atención médica a los pacientes que tienen una mayor necesidad financiera.

A ninguna persona que se determine que es elegible para recibir asistencia financiera se le cobrará más por atención de emergencia o atención médica necesaria que los montos generalmente facturados (amounts generally billed, AGB) a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención.

### II. Declaración de la política

Los pacientes con ingresos familiares de hasta el 100 % del límite federal de pobreza (Federal Poverty Limit, FPL) vigente son elegibles en virtud de esta Política para recibir atención de emergencia y atención médica necesaria sin costo alguno.

Los pacientes con ingresos familiares de entre el 100 % y 200 % del FPL vigente son elegibles para un descuento aplicado a los gastos brutos, según se describe a continuación:

En ningún caso a un paciente elegible en virtud de esta Política se le cobrará más de los montos generalmente facturados que a personas con seguro según se describe en esta Política.

Los pacientes sin seguro que no cumplan con estos requisitos de ingresos recibirán un descuento, calculado usando el porcentaje de los AGB del año en el que se proporcionó la atención, en los gastos brutos para la atención de emergencia y atención médica necesaria que reciban.

No todos los médicos que brindan atención de emergencia y atención médica necesaria (según se define en esta Política) en Union están cubiertos por esta Política. En el sitio web de Union, hay una lista de los médicos que están cubiertos en virtud de esta Política y una lista de los médicos que están excluidos de esta Política en la siguiente URL: <https://my.clevelandclinic.org/-/scassets/files/org/locations/union-hospital/guest-services/doctors-not-covered-by-fap.ashx?la=en>

Si un paciente ha recibido atención de emergencia y atención médica necesaria que no esté cubierta por esta Política, dicho paciente debe ponerse en contacto con el consultorio del médico que proporcionó la atención médica para determinar si el consultorio del médico brinda asistencia financiera para los pacientes conforme a su Política.

### III. Definiciones

Se pretende que los siguientes términos se interpreten como se indica a continuación en esta Política:

1. **Solicitud:** implica el proceso de presentar una solicitud conforme a esta Política, y comprende ya sea (a) completar la Solicitud de seguro médico hospitalario en persona, por internet o vía telefónica con un asistente financiero, o (b) enviar por correo o entregar una copia en papel completa de la Solicitud de Seguro Médico Hospitalario.
2. **Atención médica necesaria:** atención o servicios hospitalarios prestados, tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios, a fin de diagnosticar, aliviar, corregir o prevenir la aparición o el empeoramiento de afecciones que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, causen mal funcionamiento o deformidad físicos y amenacen con causar o agravar un impedimento, o provocar una enfermedad general.

## Política de Asistencia Financiera, Union Hospital

3. **Atención médica de emergencia o tratamiento de emergencia:** la atención médica o el tratamiento de una afección médica de emergencia según la definición de la Ley EMTALA.
4. **EMTALA:** es la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, 42 U.S.C §1395dd). Póliza F 5
5. **FPG/FPL:** hace referencia a los lineamientos federales de ingresos de pobreza que publica ocasionalmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., y que entran en vigencia en la fecha en que se presta el servicio para el otorgamiento de asistencia financiera conforme a esta Política.
6. **Sin seguro:** los pacientes sin seguro ni asistencia de un tercero o pagador para ayudar a resolver su responsabilidad financiera ante los proveedores de atención médica.
7. **HCAP:** el Programa de Seguro Médico Hospitalario (Hospital Care Assurance Program) de Ohio. El HCAP es la versión de Ohio del Programa de Actividad Hospitalaria Desproporcionada (Disproportionate Share Hospital Program). El HCAP remunera a hospitales que proporcionan una actividad desproporcionada de servicios de nivel hospitalario médicamente necesarios a pacientes que reúnen los requisitos.
8. **Ingreso familiar anual:** incluye salarios y remuneraciones, e ingresos que no sean salarios, entre los que se incluyen pensión alimenticia y manutención infantil; seguro social, seguro de desempleo y beneficios de compensación para trabajadores; e ingresos por pensión, intereses o alquiler de la familia.
9. **Tarifa móvil:** los pacientes con ingresos familiares de entre el 101 % y 180 % del FPL vigente son elegibles para obtener un descuento de escala móvil aplicado a sus gastos brutos ya descontado de los montos generalmente facturados.
10. **Montos generalmente facturados:** los montos generalmente facturados (AGB) por servicios necesarios de atención de emergencia u otra atención médica necesaria prestados a personas elegibles para recibir asistencia financiera en virtud de esta Política. Union calcula los AGB para un paciente usando el método de “mirada retrospectiva”, según se define en las reglamentaciones federales de impuestos sobre la renta. Este método se usa para calcular el monto total que los pacientes y sus compañías de seguros permiten para determinados servicios médicos durante los 12 meses anteriores, dividido por los gastos brutos totales por dichos servicios. El porcentaje resultante (el “porcentaje de AGB”) se convierte en el descuento aplicado a los gastos brutos que reciben los pacientes no asegurados que no reúnen los requisitos para recibir atención gratuita. Conforme a este método, Union usó datos de reclamaciones médicas del 10/1/2021 al 9/30/2022 para determinar qué porción de los gastos brutos normalmente se permiten (por el pagador y la persona cubierta) para las reclamaciones de atención de emergencia y atención médica necesaria en las que el principal pagador fue un plan de tarifa por servicio de Medicare o una aseguradora comercial privada.

### IV. Procedimientos

#### (A) Elegibilidad

Union no les cobrará más a los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera por la atención de emergencia o atención médica necesaria que los montos generalmente facturados a los pacientes asegurados.

Los servicios elegibles para la asistencia financiera incluyen servicios de urgencia o emergencia, servicios considerados médicamente necesarios por Union y, en general, atención no programada y necesaria para prevenir la muerte o efectos adversos para la salud del paciente.

Los pacientes que no están asegurados y que tengan ingresos familiares de hasta el 100 % del límite federal de pobreza recibirán atención gratuita.

Los pacientes con ingresos familiares de entre el 101 % y 180 % del FPL vigente son elegibles para una tarifa móvil, según se define a continuación:

## Política de Asistencia Financiera, Union Hospital

Ingresos familiares como porcentaje del FPL	Descuento del AGB	Descuento de tarifa móvil adicional
Más del 180 %	55 %	0%
Más del 170 % hasta el 180 %	55 %	5 %
Más del 160 % hasta el 170 %	55 %	10 %
Más del 150 % hasta el 160 %	55 %	15 %
Más del 140 % hasta el 150 %	55 %	20 %
Más del 100 % hasta el 140 %	55 %	25 %

Los pacientes sin seguro que no cumplan con estos requisitos de ingresos recibirán un descuento del porcentaje de los AGB, calculado para el año en el que se proporcionó la atención, en los gastos brutos para la atención de emergencia o atención médica necesaria que reciban. El porcentaje del AGB para el año 2023 es del 55 %.

Las determinaciones de elegibilidad para la atención gratuita requerirán que los pacientes presenten una solicitud de asistencia financiera completa (incluida toda la documentación requerida por la solicitud) y pueden requerir citas o un análisis con los asistentes financieros de Union. La solicitud de asistencia financiera puede obtenerse en la siguiente URL: <https://my.clevelandclinic.org/-/scassets/files/org/locations/union-hospital/guest-services/hospital-care-assurance-program-application.ashx?la=en>

Un paciente tiene hasta doscientos cuarenta (240) días después de la fecha de la primera declaración de alta hospitalaria para presentar una solicitud de asistencia financiera.

Al determinar la elegibilidad del paciente, Union no toma en cuenta la raza, el sexo, la edad, la orientación sexual, la afiliación religiosa, la condición social o de inmigrante, ni la antigüedad de la cuenta del paciente.

### (B) Determinación del monto de descuento

Union proporcionará a los pacientes sin seguro que no reúnan los requisitos para la atención gratuita un descuento aplicado a los gastos brutos para la atención de emergencia o atención médica necesaria igual al porcentaje de AGB para ese año determinado, y de este modo reducirá los montos que adeudan a aquellos que representan los montos que el seguro de un paciente generalmente paga. Union recalcula este porcentaje del descuento cada año.

Para calcular este descuento, Union usa el método de "mirada retrospectiva". Este método acumula el monto total que los pacientes y sus compañías de seguros pagan para determinados servicios médicos durante un período de mirada retrospectiva de 12 meses, y luego lo divide por los gastos brutos totales por dichos servicios. El porcentaje resultante se convierte en el descuento que reciben los pacientes sin seguro.

Conforme a este método, Union usó datos de reclamaciones médicas del 10/1/2021 al 9/30/2022 para determinar qué porción de los gastos brutos normalmente se pagaron (por el pagador y la persona cubierta) para las reclamaciones de atención de emergencia y atención médica necesaria en las que el principal pagador fue un plan de tarifa por servicio de Medicare o una aseguradora comercial privada.

### (C) Cómo solicitar asistencia financiera

Para solicitar asistencia financiera, los pacientes deben presentar una solicitud completa (incluidos los documentos de respaldo) en 659 Boulevard, Dover, OH 44622, ya sea en persona o por correo.

Se puede acceder a las solicitudes:

- En la ventanilla de caja de la institución ubicada en el vestíbulo principal
- Por correo a 659 Boulevard, Dover, OH 44622
- Por teléfono al 330.364.0842
- Por internet en <https://my.clevelandclinic.org/locations/union-hospital>

## Política de Asistencia Financiera, Union Hospital

Los pacientes elegibles pueden reunir los requisitos para recibir asistencia financiera siguiendo las instrucciones de la solicitud y haciendo todo lo razonablemente posible para proporcionar a Union la documentación solicitada. Los pacientes elegibles también deben cooperar con Union para explorar medios alternativos de asistencia si fuera necesario, lo que incluye Medicare y Medicaid, de tal manera que Union pueda determinar la calificación del paciente para la cobertura conforme al programa.

En la determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera, Union no solicitará información adicional que no sea la información solicitada en la solicitud de asistencia financiera y establecida a continuación. Sin embargo, los pacientes que deseen asistencia financiera pueden proporcionar voluntariamente información adicional si lo deciden. Union debe completar un proceso de evaluación del solicitante y determinar la cobertura antes de que pueda otorgarse cualquier descuento de asistencia financiera.

Además de completar una solicitud, las personas deben estar preparadas para proporcionar la siguiente documentación:

- Comprobante de ingresos del solicitante (y del cónyuge, si corresponde), como comprobantes de pago recientes, comprobantes de pago de seguros por desempleo o suficiente información sobre la forma en que los pacientes actualmente se sustentan por sí solos.
- Copia de la declaración de impuestos más reciente.
- El historial de pago de cualquier cuenta pendiente por servicios hospitalarios previos.

Además de la documentación anterior, Union usa una plataforma de evaluación flexible que utiliza diversos datos demográficos, variables conductuales y financieras para llevar a cabo una revisión financiera completa y determinar la asistencia financiera y la elegibilidad para descuentos en lugar de los datos proporcionados por los pacientes. Se utilizan diversas fuentes de datos, incluidos los datos históricos, datos de censos y datos de informes de crédito. Los resultados se entregan en forma oportuna y eficiente, lo que permite que Union otorgue los descuentos correspondientes y conserve la documentación para auditoría. No hay ningún impacto en el informe de crédito. Usar dicha tecnología permite a Union evaluar tantos pacientes como sea posible para la asistencia financiera, en consonancia con la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

Para obtener ayuda para completar la solicitud de información financiera de Union, puede comunicarse con un asistente financiero, que se complacerá en ayudarlo o en responder cualquier pregunta que tenga, al 330.364.0842.

### **(D) Determinación de elegibilidad para asistencia financiera anterior a la acción por falta de pago**

Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. Union busca determinar si un paciente es elegible para la asistencia conforme a esta Política antes de o en el momento de admisión o servicio. Si un paciente no se determina elegible para la asistencia financiera antes del alta hospitalaria o servicio, Union cobrará por la atención médica. Si el paciente está asegurado, Union cobrará al asegurador del paciente registrado por los gastos incurridos. Luego de la adjudicación del asegurador del paciente, cualquier responsabilidad restante del paciente se cobrará directamente al paciente. Si el paciente no está asegurado, Union le cobrará al paciente directamente por los gastos incurridos. Los pacientes recibirán una serie de hasta cuatro declaraciones de cobro durante un período de 120 días, que comienza luego de que el paciente ha recibido el alta hospitalaria, en la dirección que figura en los registros del paciente. Solo los pacientes con saldo impago recibirán una declaración de cobro.

Acciones de cobro para saldos impagos. Si el paciente tiene un saldo pendiente luego de que se hayan enviado cuatro declaraciones de cobro durante un período de 120 días, el saldo del paciente puede transferirse a una agencia de cobro que represente a Union que intentará conseguir el pago. Union y sus agencias de cobro no emiten informes a oficinas de crédito. Las agencias de cobro que representan a Union tienen la capacidad de exigir el pago durante 18 meses desde el momento en que se envió el saldo a la agencia de cobro. Un paciente puede solicitar asistencia financiera conforme a esta Política incluso luego de que el saldo impago del paciente se haya transferido a la agencia de cobro. En ningún caso se demorará o negará la atención de emergencia a un paciente debido a un saldo impago.

En ningún caso se demorará o negará la atención médica necesaria a un paciente antes de que se realicen los esfuerzos necesarios para determinar si el paciente cumple los requisitos para la asistencia financiera.

## Política de Asistencia Financiera, Union Hospital

Un paciente sin seguro que desee programar nuevos servicios será contactado por un asistente financiero que le notificará sobre la Política y lo ayudará a iniciar la solicitud para recibir asistencia financiera si así se requiere.

Revisión y aprobación. El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes de Union tiene la autoridad de revisar y determinar si se han hecho esfuerzos razonables para evaluar si un paciente es elegible para recibir asistencia conforme a esta Política de modo que comiencen las acciones de cobro extraordinarias por un saldo impago.

### (E) Comunicación sobre la asistencia financiera

Union proporcionará esta Política, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud de asistencia financiera sin cargo en nuestro centro (incluidas las áreas de admisión y sala de emergencias), por correo y en línea. Además, a todos los pacientes se les ofrecerá una copia del resumen en lenguaje sencillo durante el proceso de admisión o alta hospitalaria del paciente.

- Para acceder a cualquiera de esos documentos en la institución, consulte la ventanilla de caja del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes en 659 Boulevard, Dover, OH 44622.
- Para recibir una copia impresa de cualquiera de estos documentos por correo, llame al 330.364.0842.
- Estos documentos se pueden consultar en línea en <https://my.clevelandclinic.org/locations/union-hospital>
  - Política de Asistencia Financiera
  - Resumen de la Política de Asistencia Financiera (lenguaje sencillo)
  - Solicitud de asistencia financiera

Union comunica la disponibilidad de asistencia financiera a través de estos medios:

- Colocando carteles en salas de espera, mostradores de registro, así como salas de emergencia, áreas de atención primaria y ventanillas de caja.
- Ofreciendo folletos en las áreas de registro del departamento de emergencias, áreas de atención primaria, áreas de pacientes ambulatorios y áreas de hospitalización, y en el sitio web.
- Asegurándose de que haya copias de asistencia financiera disponibles.
- Proporcionando información acerca de la política y cómo presentar una solicitud durante una conversación acerca de la factura del paciente a través de llamadas telefónicas.

**Los pacientes a los que les preocupa su capacidad para pagar los servicios o que desean obtener más información acerca de la asistencia financiera deben comunicarse con el Departamento de Servicios Financieros para Pacientes y hacer sus preguntas por teléfono al 330.364.0842.**