

Política de Asistencia Financiera

La Política de CCRH es brindar Atención Médica Necesaria para los pacientes sin considerar su raza, credo o capacidad de pago. Los pacientes que no tienen los medios de pago para los servicios que se brindan en CCRH 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 CCRH tenga los recursos financieros para brindar atención médica a los pacientes que sufren mayor necesidad financiera.

I. Información general

A. Cleveland Clinic Rehabilitation Hospital es un hospital de rehabilitación para pacientes hospitalizados que es manejado y administrado en una manera que es generalmente coherente con los requisitos de la Cleveland Clinic Foundation conforme a la sección 501(c)(3) del Código Interno de Ingresos (Internal Revenue Code, IRC) y las instituciones benéficas en virtud de la ley estatal.

B. CCRH se compromete a brindar Atención Médica Necesaria. La “Atención Médica Necesaria” se brinda a los pacientes sin considerar su raza, credo o capacidad de pago.

C. Los principales beneficiarios a quienes se destina la Política de Asistencia Financiera son los pacientes sin seguro cuyos Ingresos Familiares Anuales no exceden el 100 % de los Lineamientos Federales de Ingresos de Pobreza (Federal Poverty Income Guidelines, FPG) publicados ocasionalmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. (Department of Health and Human Services) y en efecto a la fecha de servicio para las asignaciones de asistencia financiera conforme a esta Política. La asistencia financiera basada en el ingreso puede estar disponible para personas sin seguro y otros pacientes determinados con Ingresos Familiares Anuales de *hasta* el 400 % de los FPG. Los pacientes que atraviesan dificultades financieras o personales, o circunstancias médicas especiales, también pueden reunir los requisitos para recibir la asistencia. Bajo ninguna circunstancia se le cobrará a un paciente elegible para la asistencia financiera conforme a esta Política montos mayores a los que generalmente se facturan para dicha atención.

II. Definiciones

El “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, de desempleo y beneficios de compensación para trabajadores; e ingresos por pensión, intereses

o renta de la familia.

“Solicitud” se refiere al proceso de solicitar conforme a esta Política, e incluye ya sea (a) completar la solicitud de Asistencia Financiera de CCRH en persona, en línea, o vía telefónica con un representante o (b) enviar por correo o enviar una copia en papel completa de la solicitud de Asistencia Financiera de CCRH a CCRH.

“CBO” se refiere a la Oficina Central de Facturación y Cobro (Central Billing and Collections Office).

“CCRH” se refiere a Cleveland Clinic Rehabilitation Hospital.

“Familia” hace referencia al paciente, al cónyuge del paciente (independientemente de la dirección del cónyuge) y a todos los hijos del paciente naturales o adoptivos menores de 18 años que viven en la casa del paciente. Si el paciente es menor de 18 años, la familia incluirá al paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente (independientemente de dónde vivan los padres), y los hijos menores de 18 años naturales o adoptivos de los padres que viven en la casa del paciente.

“FPG” hace referencia a los Lineamientos Federales de Ingresos de Pobreza que se publican ocasionalmente por 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.

“HCAP” es 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). HCAP brinda financiamiento a hospitales que proporcionan una parte desproporcionada de servicios de nivel hospitalario médicamente necesarios a pacientes que reúnen los requisitos.

“Pacientes Asegurados” son las personas que tienen un seguro de salud privado o gubernamental.

“Atención Médica Necesaria” hace referencia a los servicios razonables y necesarios para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o reparador para condiciones físicas o mentales según los estándares de atención de la salud reconocidos profesionalmente generalmente aceptados en el momento en que se brinda el servicio. La atención médica necesaria no incluye los medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

“Política” hace referencia a esta Política de Asistencia Financiera actualmente en vigencia.

“Residente” hace referencia a una persona que es residente legal de los Estados Unidos y que ha sido residente legal del estado en que se buscan los servicios médicos durante al menos seis (6) meses en el momento en que se brindan los servicios o quién, de otro modo, tiene la intención de permanecer en el estado en el que los servicios médicos se buscan durante al menos seis (6) meses luego de que se brinden los servicios.

“Pacientes sin Seguro” son personas (i) que no tienen seguro de salud privado o gubernamental; (ii) cuyos beneficios de seguro han sido agotados; o (iii) cuyos beneficios de seguro no cubren la Asistencia Médica Necesaria que el paciente solicita.

III. Relación con otras Políticas

- A. Política HCAP. Participantes de CCRH en HCAP. Todos los servicios del HCAP están regidos por la Política HCAP de CCRH, y nada en esta Política tiene la intención, ni debe interpretarse para limitar la asistencia de una persona elegible para el HCAP. HCAP cubre únicamente los servicios médicamente necesarios de nivel hospitalario.
- B. Política relacionada con la Asistencia Médica de Emergencia. La atención de emergencia no se brinda en CCRH.
- C. Cobertura de fármacos con receta. Los pacientes que necesitan asistencia con los costos de sus medicamentos recetados pueden calificar para uno de los programas de asistencia al paciente que ofrecen las compañías farmacéuticas. Comuníquese con la Oficina de Admisiones llamando al (440) 937-9090 para obtener más información.

IV. Requisitos de elegibilidad para la asistencia financiera

Los pacientes que cumplen con los siguientes requisitos son elegibles para obtener la asistencia que se describe en la Sección VII conforme a esta Política.

Los pacientes que buscan atención en CCRH son elegibles para la asistencia financiera conforme a esta Política en una de las siguientes tres categorías de elegibilidad financiera:

- A. Asistencia financiera basada en el ingreso:
 - a. Los pacientes que son pacientes sin seguro y aquellos cuyo Ingreso Anual Familiar no excede el 400 % de los FPG.
 - b. Aquellos que buscan Atención Médica Necesaria para pacientes hospitalizados o ambulatorios.
 - c. Aquellos que son residentes de Ohio.
- B. Maneras alternativas de reunir los requisitos para la asistencia. Un paciente que, de otra manera, no reúne los requisitos para la asistencia financiera conforme a esta Política, pero no es capaz de pagar por los costos de la Atención Médica Necesaria, puede buscar asistencia en las siguientes circunstancias:

1. Circunstancias excepcionales: los pacientes que transmiten que están atravesando una dificultad personal o financiera extrema (incluso una enfermedad terminal u otra condición médica catastrófica).
2. Circunstancias médicas especiales: pacientes que solicitan tratamiento que solo puede brindarle el personal médico de CCRH o podría beneficiarse de servicios médicos continuos de CCRH para la continuidad de la atención médica.

Los pedidos de asistencia debido a circunstancias excepcionales o circunstancias médicas especiales se evaluarán caso por caso.

C. Selección de Medicaid. Los pacientes sin seguro que buscan atención en CCRH pueden ser contactados por un representante para determinar si reúnen los requisitos para Medicaid. Los pacientes sin seguro pueden cooperar con el proceso de elegibilidad de Medicaid para ser elegibles para la asistencia financiera conforme a esta Política.

V Método para presentar una solicitud

A. Asistencia financiera basada en el ingreso.

- (i) Cualquier paciente que busque asistencia financiera basada en el ingreso en cualquier momento del proceso programado o de facturación puede completar la solicitud de asistencia financiera y se le pedirá que brinde información sobre su Ingreso Anual Familiar para el período de tres meses inmediatamente precedente a la fecha de la revisión de elegibilidad. Los servicios de verificación de ingreso de terceras partes se pueden utilizar como evidencia del Ingreso Anual Familiar. La solicitud de asistencia financiera se puede encontrar en nuestras áreas de admisiones, o de un representante en nuestras instalaciones o la oficina comercial.
- (ii) Si existen diferencias entre las dos fuentes de información, un representante de CCRH puede requerir información adicional para respaldar el Ingreso Anual Familiar.

B. Circunstancias excepcionales

CCRH iniciará una solicitud para cualquier paciente de CCRH que se haya determinado que ha incurrido o esté en riesgo de incurrir en un saldo alto o que haya informado estar pasando por dificultades personales o financieras extremas. CCRH reunirá información sobre las dificultades financieras o personales del paciente. El gerente de CBO de CCRH, bajo la dirección

del director de finanzas, es el encargado de realizar las determinaciones. El paciente será notificado sobre la determinación final.

C. Circunstancias médicas especiales

CCRH iniciará una solicitud para cualquier paciente que durante el proceso de programación o admisión se haya determinado que posiblemente atraviesa circunstancias médicas especiales y un representante solicitará una recomendación de un médico de CCRH que esté o estaría proporcionando el tratamiento o la atención para determinar si el paciente necesita tratamiento que solo puede brindar el personal médico de CCRH, o si se beneficiaría de los servicios médicos continuos de CCRH para la continuidad de la atención médica. El médico tratante y/o la Junta Directiva toman las determinaciones de las circunstancias médicas especiales. El paciente recibirá notificación por escrito si no reúne los requisitos para la asistencia financiera debido a circunstancias médicas especiales.

D. Solicitudes incompletas o faltantes.

Los pacientes recibirán una notificación en caso de información faltante de la solicitud y se les dará una oportunidad razonable para completarla.

VI. Proceso de determinación de la elegibilidad

A. Entrevista financiera. Un representante de CCRH intentará contactar telefónicamente a todos los pacientes sin seguro para la asistencia financiera al momento de la programación. El representante pedirá información, incluso sobre el tamaño de la familia, las fuentes de ingresos familiares y cualquier otra circunstancia financiera o atenuante que respalde la elegibilidad conforme a esta Política y completará la solicitud como corresponde. Al momento de la cita o luego de la admisión, se pedirá a los pacientes que visiten al representante de CCRH y firmen la solicitud.

B. Solicitudes. Cualquier solicitud, ya sea que se complete en persona, en línea, que se entregue o se envíe por correo, será remitida al representante de CCRH para evaluación y procesamiento.

C. Proceso de determinación de la elegibilidad. Un representante de CCRH evaluará y procesará todas las Solicitudes de Asistencia Financiera. El paciente será notificado por escrito sobre la determinación. Los pacientes que reúnen los requisitos para menos del 100 % de asistencia financiera recibirán una estimación del monto adeudado a través de un representante de CCRH y se les pedirá que establezcan acuerdos de pago.

VII. Base para calcular montos facturados a los pacientes, alcance y

duración de la asistencia financiera

Los pacientes elegibles para obtener asistencia financiera basada en el ingreso conforme a la Política recibirán asistencia de acuerdo con los siguientes requisitos de ingresos:

- Si sus ingresos familiares anuales llegan al 250 % de los FPG, recibirá atención médica gratuita.
- Si sus ingresos familiares anuales están entre el 251 % y el 400 % de los FPG, recibirá atención médica con descuento sobre el “monto generalmente facturado” a los pacientes con seguro por dichos servicios.

Como se utiliza en la presente, el “monto generalmente facturado” hace referencia a lo establecido en IRC §501(r)(5) y cualquier regulación u otros lineamientos emitidos por el Departamento de Tesorería de los Estados Unidos (United States Department of Treasury) o el Servicio de Ingresos Internos (Internal Revenue Service) que definan dicho término. Consulte el **Apéndice A** para obtener una explicación más detallada de cómo se calcula el “monto generalmente facturado”.

Una vez que CCRH determina que un paciente es elegible para la asistencia financiera basada en el ingreso, esa determinación es válida por noventa (90) días desde la fecha de revisión de la elegibilidad. Luego de los noventa (90) días, el paciente puede completar una nueva solicitud para buscar asistencia financiera adicional.

Para los pacientes que hayan sido aprobados para asistencia bajo circunstancias médicas especiales o excepcionales, el paciente quedará cubierto conforme a esta Política por el 100 % de los cargos no pagos y por los cargos de toda Atención Médica Necesaria brindada durante el período necesario hasta completar el tratamiento o la atención médica según lo determine el médico tratante de CCRH. Un paciente cuya situación financiera haya cambiado puede requerir una reevaluación en cualquier momento.

VIII. Determinación de elegibilidad para asistencia financiera anterior a la acción por falta de pago

A. Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera. CCRH 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, CCRH cobrará por la atención médica. Si el paciente está asegurado, CCRH 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, CCRH cobrará al asegurador del paciente registrado 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 sido dado de alta hospitalaria y se enviará a la dirección en los registros del paciente. Solo los pacientes con saldo no pago recibirán una

declaración de cobro. Las declaraciones de cobro incluyen un resumen de esta Política en lenguaje sencillo y cómo solicitar asistencia financiera. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen: notificación al paciente de parte de CCRH de la Política luego de la admisión y comunicaciones escritas y orales con el paciente con respecto a la facturación del paciente, un esfuerzo por notificar al individuo por teléfono sobre la Política y el proceso para solicitar la asistencia al menos 30 días antes de tomar acción para iniciar una demanda legal, y una respuesta escrita para cualquier solicitud de asistencia financiera para asistencia conforme a esta Política enviada dentro de los 240 días de la primera declaración de cobro con respecto al saldo no pago o, si es posterior, la fecha en que una agencia de cobro que trabaje en nombre de CCRH devuelva el saldo no pago al hospital.

B. Acciones de cobro para saldos no pagos. Si el paciente tiene un saldo con CCRH que sobresalga luego de que se hayan enviado cuatro declaraciones de cobro durante un período de 120 días, el saldo del paciente se transferirá a una agencia de cobro que represente a CCRH que intentará conseguir el pago. CCRH y sus agencias de pago no informan a las oficinas de crédito ni buscan embargos de salarios o acciones de cobro similares. Las agencias de cobro que representan a CCRH tienen la capacidad de buscar pagos 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 no pago del paciente se haya referido a la agencia de cobro. Luego de que hayan pasado al menos 120 días desde la primera declaración de cobro posterior al alta hospitalaria que muestre saldos pendientes de pago, y en base a cada caso en particular, CCRH puede buscar obtener el pago a través de una demanda judicial cuando un paciente tenga un saldo no pago y no coopere con los pedidos de información o pago de CCRH, o una agencia de cobros que trabaje en su nombre.

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 ha calificado para recibir la asistencia financiera. En CCRH, un paciente sin seguro que busque programar nuevos servicios y que no haya sido presuntamente elegible para asistencia financiera será contactado por un representante que notificará al paciente sobre la Política y ayudará al paciente a iniciar la solicitud para asistencia financiera si así se requiere.

C. Revisión y aprobación. El representante de CCRH tiene la autoridad de revisar y determinar si se han hecho esfuerzos razonables para evaluar si un paciente es elegible para asistencia conforme a la Política de modo que comiencen las acciones de pago extraordinarias para un saldo no pago.

IX. Médicos no cubiertos por la Política de Asistencia Financiera CCRH

Determinados servicios están cubiertos por los médicos de Cleveland Clinic y están cubiertos por la política de asistencia financiera del sistema de salud de Cleveland Clinic.

Los grupos de médicos que trabajan en CCRH que *no* están cubiertos conforme a esta Política se identifican en el **Apéndice B, Lista de proveedores** que se adjunta, por grupo. La lista se actualiza trimestralmente y también está disponible en línea en www.clevelandclinic.org/financiamiento, en nuestras áreas de admisiones y a solicitud a un representante de CCRH.

