

## Política de Asistencia Financiera

La política del Sistema de Salud de Cleveland Clinic (Cleveland Clinic Health System, CCHS) es brindar Atención Médica de Emergencia y Atención Médicamente Necesaria sin ánimo de lucro para los pacientes sin importar la raza, el credo o la capacidad de pago. Los pacientes que no tienen los medios para pagar los servicios que se brindan en las instalaciones de CCHS 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 CCHS tenga los recursos financieros necesarios para brindar atención médica a los pacientes que tienen una mayor necesidad financiera. Esta Política es aplicable a todas las instalaciones de CCHS, incluso sus hospitales y centros de salud familiares, como se define a continuación.

### I. Antecedentes

- A. Cleveland Clinic Foundation y sus hospitales afiliados son organizaciones benéficas exentas de impuestos dentro del significado del §501(c)(3) del Código de Impuestos Internos y de las instituciones benéficas conforme a la ley estatal.
- B. El CCHS se compromete a brindar atención médica sin ánimo de lucro. La “Atención Médica de Emergencia” y la “Atención Médicamente Necesaria” se brindan sin ánimo de lucro a 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 publicados ocasionalmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de Estados Unidos (EE. UU.) y en vigencia en la fecha del servicio para las asignaciones de asistencia financiera conforme a esta Política (los Lineamientos Federales de Pobreza [Federal Poverty Guidelines, FPG]). Es posible que haya asistencia financiera basada en el ingreso 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 podrían cumplir con los requisitos para recibir la asistencia. En ninguna circunstancia se le cobrará a un paciente elegible para la asistencia financiera conforme a esta Política montos mayores que los que generalmente se facturan por dicha atención.

### II. Definiciones

Los “Ingresos Familiares Anuales” incluyen 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 por rentas de la familia.

“Solicitud” se refiere al proceso de solicitar conforme a esta Política y comprende ya sea (a) completar la Solicitud de Asistencia Financiera de CCHS en persona o por vía telefónica con un Asesor financiero para pacientes o (b) por correo o entrega en persona de una copia impresa completada de la Solicitud de Asistencia Financiera de CCHS al CCHS.

“CCHS” significa The Cleveland Clinic Foundation, sus centros de atención médica familiar y sus hospitales afiliados en el sistema de atención médica de Cleveland Clinic, colectivamente, diferentes de:

- (i) Cleveland Clinic Florida;
- (ii) Cleveland Clinic Rehabilitation Hospitals;
- (iii) Cleveland Hospitals selectos y
- (iv) Ashtabula Regional Medical Center (incluido Glenbeigh);
- (v) sucursales de One Medical;

cada uno de los cuales tiene su propia Política de Asistencia Financiera disponible en

## Política de Asistencia Financiera, continuación

[www.clevelandclinic.org/financialassistance](http://www.clevelandclinic.org/financialassistance).

“Atención Médica de Emergencia” o “Tratamiento de Emergencia” significan la atención o el tratamiento de una Afección Médica de Emergencia según la definición de EMTALA. “EMTALA” es la Ley de Tratamiento Médico y de Trabajo de Parto Activo de Emergencia (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act) (42 U.S.C §1395dd).

“Familia” hace referencia al paciente, al cónyuge del paciente (independientemente de donde viva el cónyuge) y a todos los hijos naturales o adoptivos del paciente 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 naturales o adoptivos menores de 18 años de los padres que viven en el hogar del paciente.

“FPG” hace referencia a los Lineamientos Federales de Ingresos de Pobreza que ocasionalmente publica el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. y que estaban en vigencia en la fecha del servicio.

“Garante” es una persona que no es el paciente y es responsable del pago de las facturas médicas del paciente.

“HCAP” es el Programa de Garantía de Atención Hospitalaria (Hospital Care Assurance Program) de Ohio. El HCAP es la versión de Ohio del Programa de Hospital con Cuota Desproporcionada (Disproportionate Share Hospital Program). El HCAP brinda financiamiento a hospitales que brindan una parte desproporcionada de servicios de nivel hospitalario médicamente necesarios a pacientes que cumplen con los requisitos.

“Pacientes asegurados” son las personas que tienen un seguro médico privado o gubernamental. Los pacientes asegurados solo son elegibles para recibir cierta asistencia en virtud de esta Póliza, y solo si se cumplen los siguientes requisitos:

- (a) Cleveland Clinic debe estar dentro de la red. Los pacientes no son elegibles para recibir asistencia financiera si el seguro médico aplicable enumera a Cleveland Clinic como fuera de la red o si el seguro médico del paciente cubre los servicios de manera no contratada, a menos que los servicios: (i) se brinden en un contexto de emergencia o (ii) se determine previamente que son exclusivos de Cleveland Clinic y dicho tratamiento no esté disponible en otro proveedor de atención médica, y se aprueben de forma anticipada en virtud de la excepción por circunstancias médicas especiales que se indican en el presente documento; y
- (b) El paciente ha cumplido con todos los requisitos aplicables de su seguro, incluidas, entre otras cosas, la actualización de la información de coordinación de beneficios (coordination of benefit, COB) o la realización de otras tareas administrativas requeridas por su aseguradora.

“Atención Médicamente Necesaria” hace referencia a los servicios razonables y necesarios para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o reparador para afecciones físicas o mentales de conformidad con los estándares de atención de la salud reconocidos profesionalmente y aceptados por lo general en el momento en que se brinda el servicio. La atención médicamente necesaria no incluye a la mayoría de los servicios de trasplante o terapias celulares que abarcan terapias celulares hematopoyéticas modificadas y no manipuladas (como CAR-T). Tampoco incluye suplementos ni medicamentos de venta con receta para pacientes ambulatorios.

No obstante lo precedente, determinados servicios de odontología, de medicina integrativa y funcional, cirugías estéticas y cirugías bariátricas no están cubiertos por esta Política.

“Política” hace referencia a esta Política de Asistencia Financiera como está vigente actualmente.

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

“Pacientes sin seguro” son personas (i) que no tienen un seguro médico privado o gubernamental; (ii) pacientes con seguro cuyos beneficios de seguro se han agotado; o (iii) pacientes sin seguro cuyos beneficios de seguro excluyen la Atención Médicamente Necesaria que el paciente solicita.

### III. Relación con otras políticas

#### A. Políticas relacionadas con la Atención Médica de Emergencia.

De acuerdo con EMTALA, todas las instalaciones del CCHS le brindarán una revisión médica adecuada a cualquier persona, sin importar su capacidad de pago, que requiera un tratamiento para atender una afección médica potencialmente de emergencia. La instalación brindará, sin discriminación, atención para afecciones

## Política de Asistencia Financiera, continuación

médicas de emergencia a las personas sin importar si son elegibles para la asistencia financiera. Si, después de una revisión médica adecuada, el personal del CCHS determina que la persona tiene una afección médica de emergencia, el CCHS brindará los servicios necesarios, dentro de la capacidad de la instalación del CCHS, para estabilizar la afección médica de emergencia, o realizará la derivación apropiada según define EMTALA (consulte la política de EMTALA del CCHS).

### B. Política del HCAP del CCHS

Las instalaciones del CCHS en Ohio participan en el HCAP. Todos los servicios del HCAP están regidos por la Política del HCAP del CCHS, y nada en esta Política tiene la intención de limitar la asistencia en virtud del HCAP de una persona elegible para el HCAP ni se debe interpretar de esa manera. El HCAP cubre únicamente los servicios médicamente necesarios de nivel hospitalario. En algunos casos, los receptores del HCAP cualificados pueden ser elegibles para la asistencia financiera conforme a esta Política para la Atención Médica Necesaria brindada por un médico empleado por el CCHS que no esté cubierta por el HCAP.

### C. Cobertura de medicamentos de venta con receta

Los pacientes que necesitan asistencia con los costos de sus medicamentos de venta con receta no cubiertos conforme a esta política, pueden cualificar para uno de los programas de asistencia al paciente que ofrecen las compañías farmacéuticas. Comuníquese con Cleveland Clinic por teléfono al 866.650.6337 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.

### A. Instalaciones de Ohio

Los pacientes que solicitan atención en las instalaciones del CCHS de Ohio son elegibles para la asistencia financiera conforme a esta Política en una de las siguientes dos categorías de elegibilidad financiera:

#### 1. Asistencia financiera basada en los ingresos:

- a. pacientes que son pacientes sin seguro y aquellos cuyos Ingresos Familiares Anuales no exceden el 400 % de los FPG;
- b. aquellos que solicitan Atención Médica de Emergencia o Atención Médicamente Necesaria para pacientes internos o ambulatorios del hospital o servicios médicos; y
- c. aquellos que son residentes de Ohio.

2. Asistencia de Servicios por Maternidad: las pacientes embarazadas cuyo seguro no brinda beneficios por maternidad serán elegibles para recibir asistencia financiera por servicios de maternidad en virtud de esta categoría si sus Ingresos Familiares Anuales no exceden el 400 % de los FPG, si son residentes de Ohio y si aceptan colaborar con el CCHS para determinar si son elegibles para recibir cobertura en virtud de un programa gubernamental.

Maneras alternativas de cumplir con los requisitos para la asistencia en Ohio. Un paciente asegurado o no asegurado que, de otra manera, no cumple con los requisitos para la asistencia financiera conforme a esta Política, pero no es capaz de pagar los costos de la Atención Médicamente Necesaria, puede solicitar asistencia en las siguientes circunstancias:

1. Asistencia financiera por saldo catastrófico: pacientes que tienen gastos médicos excesivos y han generado un saldo adeudado al CCHS por los gastos incurridos por un episodio de atención de más del 25 % de los Ingresos Familiares Anuales del paciente. (Esto excluye a los pacientes con seguro donde Cleveland Clinic está fuera de la red o no es contratado.)
2. Circunstancias excepcionales: pacientes que informan que están atravesando una dificultad personal o financiera extrema (incluida una enfermedad terminal u otra afección médica catastrófica) y que no cumplen los requisitos financieros para asistencia catastrófica.

## Política de Asistencia Financiera, continuación

3. Circunstancias médicas especiales: pacientes que están solicitando tratamiento que solo puede brindarle un equipo médico del CCHS o que se podrían beneficiar con servicios médicos continuos del CCHS para la continuidad de la atención médica.
4. Asistencia financiera por circunstancias de la vida: pacientes sin hogar o fallecidos (sin cónyuge o patrimonio conocido), según lo determine Cleveland Clinic, que tengan saldos pendientes o episodios únicos de atención que de otro modo no cumplirían con los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de los otros requisitos de elegibilidad según la Sección IV anterior.

Las solicitudes de asistencia debida a Circunstancias excepcionales o de asistencia financiera por Circunstancias médicas especiales o por Circunstancias de la vida se evaluarán caso por caso.

### B. Instalaciones de Nevada

Los pacientes que solicitan atención en las instalaciones del CCHS de Nevada son elegibles para la asistencia financiera en virtud de esta Política si tienen:

1. Asistencia financiera basada en los ingresos:
  - (i) pacientes que son pacientes sin seguro y aquellos cuyos Ingresos Familiares Anuales no exceden el 400 % de los FPG;
  - (ii) aquellos que buscan Atención Médicamente Necesaria para pacientes ambulatorios; y
  - (iii) aquellos que son residentes de Nevada.

Maneras alternativas de cumplir con los requisitos para la asistencia en Nevada. A un paciente que no cumple de otra manera con los requisitos para la asistencia financiera conforme a esta Política, pero no es capaz de pagar los costos de la Atención Médicamente Necesaria, se le puede otorgar asistencia en las siguientes circunstancias:

1. Asistencia financiera por saldo catastrófico: pacientes que tienen gastos médicos excesivos y han generado un saldo adeudado al CCHS por los gastos incurridos por un episodio de atención de más del 25 % de los Ingresos Familiares Anuales del paciente. (Esto excluye a los pacientes con seguro donde Cleveland Clinic está fuera de la red o no es contratado.)
2. Circunstancias excepcionales: pacientes que informan que están atravesando una dificultad personal o financiera extrema (incluida una enfermedad terminal u otra afección médica catastrófica) y que no cumplen los requisitos financieros para asistencia catastrófica.
3. Circunstancias médicas especiales: pacientes que están solicitando tratamiento que solo puede brindarle un equipo médico del CCHS o que se podrían beneficiar con servicios médicos continuos del CCHS para la continuidad de la atención médica.
4. Asistencia financiera por circunstancias de la vida: pacientes sin hogar o fallecidos (sin cónyuge o patrimonio conocido), según lo determine Cleveland Clinic, que tengan saldos pendientes o episodios únicos de atención que de otro modo no cumplirían con los requisitos para recibir asistencia financiera en virtud de los otros requisitos de elegibilidad según la Sección IV anterior.

Las solicitudes de asistencia debida a Circunstancias excepcionales o de asistencia financiera por Circunstancias médicas especiales o por Circunstancias de la vida se evaluarán caso por caso.

- C. **Revisión para elegibilidad para Medicaid y otros programas de asistencia**. Los pacientes sin seguro que solicitan atención en una instalación en Ohio pueden ser contactados por un representante para una revisión para determinar si cumplen con los requisitos para Medicaid u otros programas gubernamentales de asistencia. Los pacientes sin seguro deben cooperar con el proceso de revisión antes de determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera en virtud de esta Política. En determinadas circunstancias, el CCHS puede determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera en virtud de esta política antes de la revisión.

## V. Método para presentar la solicitud

### A. Asistencia financiera basada en los ingresos

1. Asistencia financiera presuntiva. Después de la programación en Ohio y Nevada, o antes de la admisión en Ohio, los pacientes sin seguro que el CCHS determine a través de bases de datos de verificación externas que tienen unos Ingresos Familiares Anuales iguales o menores del 400 % de los FPG se considerarán elegibles para la asistencia financiera sin información ni documentación adicionales. El paciente será notificado por escrito y, si se le considera elegible para menos del 100 % de la asistencia, tendrá la oportunidad de enviar una Solicitud de Asistencia Financiera si el paciente considera que él o ella podría cumplir con los requisitos para recibir más asistencia.
2. Los pacientes que solicitan Atención Médica de Emergencia serán tratados sin importar si son elegibles para la asistencia financiera. Si es adecuado desde el punto de vista médico, un paciente que haya recibido Atención Médica de Emergencia puede recibir información en nuestros departamentos de Emergencias sobre la disponibilidad de la asistencia financiera y se puede iniciar una solicitud en su nombre.
3. Cualquier otro paciente que solicite asistencia financiera basada en los ingresos en cualquier momento del proceso de programación o de facturación puede completar la Solicitud de Asistencia Financiera y se le pedirá que brinde información sobre sus Ingresos Familiares Anuales para el período de tres meses inmediatamente anterior a la fecha de la revisión de la elegibilidad. Se pueden utilizar servicios externos de verificación de ingresos como evidencia de los Ingresos Familiares Anuales. La Solicitud de Asistencia Financiera se puede encontrar en nuestros departamentos de Emergencias y áreas de admisiones, de un Asesor financiero para pacientes en nuestras instalaciones, o en línea en [www.clevelandclinic.org/financialassistance](http://www.clevelandclinic.org/financialassistance), o si llama a Servicio al Cliente al 866.621.6385.
4. Si existen diferencias entre las dos fuentes de información, un representante del CCHS puede solicitar información adicional para respaldar los Ingresos Familiares Anuales.

### B. Saldo catastrófico

Mensualmente, durante el proceso de facturación, el CCHS puede utilizar bases de datos de verificación externas para determinar si el saldo adeudado por el paciente por los gastos incurridos por un episodio de atención excede el 25 % de los Ingresos Familiares Anuales. Si es así, el CCHS asumirá que el paciente es elegible para la asistencia financiera y notificará al paciente por escrito. Si el saldo no excede el 25 % de los Ingresos Familiares Anuales según los datos de verificación externos, no se asumirá que el paciente tenga un saldo catastrófico. Los pacientes también pueden solicitar que se considere la asistencia financiera para un saldo catastrófico en nuestras instalaciones o llamando a Servicio al Cliente al 866.621.6385.

### C. Circunstancias excepcionales

Para cada paciente con seguro o sin seguro en Ohio o Nevada que se identifique o solicite consideración por tener dificultades personales y financieras extremas, el CCHS recopilará información sobre las dificultades personales o financieras extremas de ese paciente. El equipo de Gestión del ciclo de ingresos (Revenue Cycle Management, RCM) realiza las determinaciones bajo la dirección del director financiero (Chief Financial Officer, CFO). El paciente será notificado por escrito sobre la determinación final.

### D. Circunstancias médicas especiales

Para cualquier paciente con seguro o sin seguro identificado durante el proceso de programación o de admisión que se reconozca con posibles circunstancias médicas especiales, un Asesor financiero para pacientes solicitará una recomendación del equipo médico del CCHS para determinar si el paciente necesita tratamiento que solo puede brindar el equipo médico del CCHS, o si se podría beneficiar con servicios médicos continuos del CCHS para la continuidad de la atención. Al paciente se le notificará por escrito si no cumple con los requisitos para la asistencia financiera debido a circunstancias médicas especiales.

### E. Circunstancias de la vida

Los pacientes no asegurados y asegurados elegibles en virtud del proceso presuntivo descrito en la sección V.A.1. más arriba y que el CCHS determine que cumplen con los requisitos de elegibilidad por circunstancias de la vida serán elegibles para recibir asistencia financiera. Cleveland Clinic puede requerir información o documentación adicionales del paciente o de su familia para aprobar la asistencia financiera por circunstancias de la vida para un paciente.

### F. Solicitudes incompletas o faltantes

Los pacientes recibirán una notificación en caso de información faltante en la Solicitud de Asistencia Financiera y se les dará una oportunidad razonable para que la suministren. Si la información faltante no se suministra, el CCHS puede utilizar bases de datos de verificación de ingresos externas para completar la Solicitud de Asistencia Financiera.

## VI. Proceso de determinación de la elegibilidad

### A. Entrevista financiera

Un Asesor financiero para pacientes del CCHS intentará comunicarse por teléfono con todos los pacientes sin seguro que no son presuntivamente elegibles para la asistencia financiera en el momento de la programación. El Asesor financiero para pacientes pedirá información, que incluye 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 una solicitud de acuerdo con eso. En el momento de la cita o tras la admisión, se les puede pedir a los pacientes que visiten al Asesor financiero para pacientes y que firmen la Solicitud de Asistencia Financiera.

### B. Solicitudes

Cualquier Solicitud de asistencia financiera, ya sea que se complete en persona, que se entregue personalmente o que se envíe por correo, será remitida al equipo de Gestión del ciclo de ingresos (RCM) para su evaluación y procesamiento.

### C. Proceso de determinación de la elegibilidad

El equipo de Gestión del ciclo de ingresos (RCM) evaluará y procesará todas las Solicitudes de Asistencia Financiera. El paciente será notificado por escrito sobre la determinación de la elegibilidad. Los pacientes que cumplen con los requisitos para menos del 100 % de asistencia financiera (que no sean los que se consideran presuntivamente elegibles) recibirán una estimación del monto adeudado de un Asesor financiero para pacientes, y se les pedirá que establezcan acuerdos de pago o que paguen un depósito del 50 % antes de la programación, siempre y cuando, sin embargo, dichos acuerdos de pago nunca se requieran como condición para recibir tratamiento de Atención Médica de Emergencia.

## 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 los ingresos conforme a la Política recibirán asistencia de acuerdo con los siguientes requisitos de ingresos:

1. Si sus Ingresos Familiares Anuales son de hasta el 250 % de los FPG, recibirá atención médica gratuita.
2. 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 documento, el “monto generalmente facturado” hace referencia a lo establecido en IRC §501(r)(5) y cualquier reglamentación u otras guías emitidas por el Departamento del Tesoro de Estados Unidos o el Servicio de Impuestos Internos donde se definan dicho término. Consulte el Apéndice A para ver una explicación detallada sobre cómo se calcula el “monto generalmente facturado”.

Una vez que el CCHS ha determinado que un paciente es elegible para la asistencia financiera basada en los ingresos, esa determinación es válida durante noventa (90) días desde la fecha de la revisión de la elegibilidad. Después de noventa (90) días, el paciente puede completar una nueva Solicitud de Asistencia Financiera para solicitar asistencia financiera adicional.

Para los pacientes que hayan sido aprobados para la asistencia con un Saldo catastrófico, o que sean elegibles para la asistencia financiera por Circunstancias de la vida, esos cargos identificados se cubrirán.

Para los pacientes que hayan sido aprobados para asistencia por Circunstancias médicas especiales o excepcionales, el paciente quedará cubierto en virtud de esta Política por el 100 % de los cargos no pagados y por los cargos de todos los servicios de Atención de Emergencia y Medicamento Necesaria brindados durante el período necesario hasta completar el tratamiento o la atención médica, según lo determine el médico tratante del CCHS. Un paciente cuya situación financiera haya cambiado puede solicitar una reevaluación en cualquier momento.



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

#### A. Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para asistencia financiera

El CCHS busca determinar si un paciente es elegible para la asistencia conforme a esta Política en el momento de la admisión o el servicio, o antes de estos. Si un paciente no se determina elegible para la asistencia financiera antes del alta hospitalaria o del servicio, el CCHS cobrará la atención médica. Si el paciente está asegurado, el CCHS facturará los gastos incurridos a la aseguradora del paciente registrada. Después de la adjudicación de la aseguradora del paciente, cualquier responsabilidad restante del paciente se le facturará directamente al paciente. Si el paciente no está asegurado, el CCHS facturará los gastos incurridos al paciente directamente. Los pacientes recibirán una serie de hasta cuatro estados de cuenta de facturación durante un período de 120 días que comienza después de que el paciente es dado de alta, y se enviará a la dirección registrada del paciente. Solo los pacientes con un saldo pendiente de pago recibirán un estado de cuenta de facturación. Los estados de cuenta de facturación incluyen un resumen de esta Política en lenguaje sencillo y cómo solicitar asistencia financiera. El CCHS puede intentar proactivamente identificar a los pacientes que son elegibles para la asistencia financiera basada en los ingresos en virtud de esta Política a través del uso de bases de datos de verificación externas. Los pacientes que se identifiquen como presuntivamente elegibles para la asistencia basada en los ingresos serán notificados y podrán solicitar asistencia adicional. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen la notificación al paciente de parte del CCHS de la Política después de la admisión y comunicaciones orales y por escrito 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 por lo menos 30 días antes de tomar medidas para iniciar una demanda legal, y una respuesta por escrito a cualquier Solicitud de Asistencia Financiera conforme a esta Política enviada en un plazo de 240 días a partir del primer estado de cuenta de facturación con respecto al saldo pendiente de pago o, si es posterior, en la fecha en que una agencia de cobro que trabaje en nombre de Cleveland Clinic devuelva el saldo pendiente de pago a la clínica.

#### B. Acciones de cobro para saldos pendientes de pago

Si el paciente tiene un saldo pendiente con el CCHS luego de que se hayan enviado cuatro estados de cuenta de facturación durante un período de 120 días, el saldo del paciente se transferirá a una agencia de cobro que represente al CCHS, que intentará obtener el pago. El CCHS y sus agencias de cobro no informan a las oficinas de crédito ni buscan embargos de salarios ni acciones de cobro similares. Las agencias de cobro que representan al CCHS tienen la capacidad de perseguir el cobro durante un máximo de 18 meses desde el momento en que el saldo se envió a la agencia de cobro. Un paciente puede solicitar asistencia financiera conforme a esta Política incluso después de que el saldo pendiente de pago del paciente se haya referido a la agencia de cobro. Después de que hayan transcurrido por lo menos 120 días desde el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta hospitalaria que muestre saldos que permanezcan sin pago, y caso por caso particular, el CCHS puede perseguir el cobro a través de una demanda judicial cuando un paciente tenga un saldo pendiente de pago y no coopere con las solicitudes de información o de pago del CCHS o de una agencia de cobro que trabaje en su nombre.

En ningún caso se demorará o negará la Atención de Emergencia a un paciente debido a un saldo pendiente de pago. En ningún caso se demorará o negará la Atención Médicamente Necesaria a un paciente antes de que se hayan realizado esfuerzos razonables para determinar si el paciente podría cumplir con los requisitos para recibir asistencia financiera. En Ohio y Nevada, los pacientes sin seguro que solicite programar nuevos servicios y que no se hayan considerado presuntamente elegibles para asistencia financiera serán contactado por un Asesor financiero para pacientes, que le notificará al paciente sobre la Política y le ayudará a iniciar la Solicitud de Asistencia Financiera si se solicita.

#### C. Revisión y aprobación

El equipo de Gestión del ciclo de ingresos (RCM) del CCHS 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 se puedan iniciar acciones de cobro extraordinarias para un saldo pendiente de pago.

### IX. Médicos no cubiertos por nuestra Política de Asistencia Financiera

La mayoría de los servicios brindados por los médicos en las instalaciones de Cleveland Clinic están cubiertos por la FAP del CCHS, como se describe a continuación.

## Política de Asistencia Financiera, continuación

Los médicos que trabajan en cada instalación que no están cubiertos por la FAP se identifican el Apéndice B adjunto, Lista de proveedores, por nombre y por instalación hospitalaria en la que ejercen. La lista se actualiza trimestralmente y también está disponible en línea en [www.clevelandclinic.org/financialassistance](http://www.clevelandclinic.org/financialassistance), en todos nuestros departamentos de Emergencias y áreas de admisiones, y a solicitud, llamando al Servicio al Cliente o consultando a un Asesor financiero para pacientes de Cleveland Clinic.

*Instalaciones del campus principal de Ohio.* Todos los servicios de los médicos, ya sea que se brinden en el hospital o en un consultorio médico, están cubiertos por la FAP porque los médicos son empleados de Cleveland Clinic, con una excepción. Esto también es así en todos nuestros Centros de Cirugía y Atención Médica Familiar de Ohio, con excepciones muy limitadas como las que se enumeran bajo el título “Campus principal de Ohio, FHC y ASC de Ohio”.

*Hospitales regionales de Ohio.* La mayoría de los médicos que brindan servicios en nuestros hospitales regionales trabajan en consultorios privados. Sus servicios están fuera de la cobertura de nuestra FAP. Usted recibirá una factura de nuestra parte por los servicios del hospital, y una factura separada de parte de estos médicos por sus servicios. Los nombres de los médicos cuyos servicios no están cubiertos por la FAP se enumeran debajo del nombre de cada hospital regional en el que ejercen.

*Ashtabula Regional Medical Center (ACMC)* tiene su propia Política de Asistencia Financiera (FAP) que cubre ARMC y Glenbeigh. Para ver la FAP de ARMC, visite [www.clevelandclinic.org/financialassistance](http://www.clevelandclinic.org/financialassistance).

*Cleveland Clinic Rehabilitation Hospital* tiene su propia FAP; para conocer la Política de Asistencia Financiera de Cleveland Clinic Rehabilitation Hospital, visite [www.clevelandclinic.org/financialassistance](http://www.clevelandclinic.org/financialassistance).

*Select Cleveland Hospitals* tiene su propia FAP. Para ver la FAP de Select Cleveland Hospitals, visite [www.clevelandclinic.org/financialassistance](http://www.clevelandclinic.org/financialassistance).

*Las sucursales de One Medical* tienen su propia FAP independiente. Para ver la FAP de las sucursales de One Medical, visite [www.clevelandclinic.org/financialassistance](http://www.clevelandclinic.org/financialassistance).

*Florida.* Cleveland Clinic Florida tiene su propia FAP con cobertura para hospitales y centros médicos en el sudeste y el este central de Florida. Para ver el FAP de Cleveland Clinic Florida, consulte [www.clevelandclinic.org/financialassistance](http://www.clevelandclinic.org/financialassistance).

*Nevada.* Todos los servicios de los médicos en Nevada están cubiertos por la FAP porque los médicos que ejercen ahí son empleados de Cleveland Clinic.

## X. Medidas para difundir la Política de Asistencia Financiera del CCHS

El CCHS se compromete a difundir esta Política ampliamente dentro de las comunidades a las que prestan servicios las instalaciones del CCHS. Para esos fines, el CCHS tomará las siguientes medidas para asegurar que los miembros de las comunidades que son atendidas en sus instalaciones conozcan la Política y tengan acceso a esta.

- A. El CCHS pondrá una copia de su Política actual a disposición de la comunidad, publicando un resumen en lenguaje sencillo de la Política en su página web, junto con una copia descargable de la Política y de la Solicitud de Asistencia Financiera con instrucciones para descargarlas. No hay ningún cargo por descargar una copia de la Política, el resumen en lenguaje sencillo o la Solicitud de Asistencia Financiera.
- B. El CCHS proporcionará un resumen en lenguaje sencillo de la Política en las ubicaciones de sus instalaciones, en las que el resumen estará disponible para los pacientes y sus familias, incluido un resumen en lenguaje sencillo de la Política para incluirlo con las facturas que cubran los montos cobrados por los servicios.
- C. Los Asesores financieros para pacientes pondrán un resumen en lenguaje sencillo de la Política a disposición de todos los pacientes con quienes se reúnan, y se lo proporcionarán a cualquier persona que solicite una copia de la Política.
- D. El CCHS incluirá una descripción de cómo obtener una copia de la información sobre la Política en un informe de beneficio a la comunidad presentado a toda la comunidad.
- E. El CCHS pondrá la información sobre su Política a disposición de los organismos gubernamentales correspondientes y de las organizaciones sin ánimo de lucro que manejan asuntos de salud pública en las áreas de servicio del CCHS.