

|   |   |
|---|---|
| Título/Descripción: <b>PLAN DE ATENCIÓN BENÉFICA</b><br><br><b>POLÍTICA/ASISTENCIA FINANCIERA</b> | Manual de políticas n.º <b>108.000</b><br>Fecha de revisión: 2/9/07, 2/1/11,<br>5/13/13, 1/14/16, 3/7/16, 8/28/17,<br>9/25/17; 5/01/18; 5/01/2019,<br>2/17/20, 5/21/21<br><br>Fecha efectiva: 5/13/13, 2/1/16,<br>8/28/17, 10/25/17, 5/01/18;<br>5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22 |
|---|---|

## DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

En cumplimiento de la misión y las tradiciones del Cleveland Clinic Mercy Hospital, a todas las personas que busquen nuestros servicios se les mostrará respeto y compasión, incluidas aquellas que tengan capacidad limitada o nula de pagar por los servicios. El Cleveland Clinic Mercy Hospital se compromete a prestar servicios a las personas, independientemente de su capacidad de pagar o satisfacer obligaciones financieras relacionadas.

## PROPÓSITO

1. Continuar la misión de brindar atención de la salud y garantizar que los pacientes sin seguro sean tratados de manera justa, con respeto y compasión durante y después de su tratamiento, independientemente de su capacidad de pagar por los servicios que reciban.
2. Proporcionar asesoramiento financiero a todas las personas no aseguradas y con cobertura de seguro insuficiente, incluida la ayuda para comprender y solicitar programas locales, estatales y federales de atención de la salud, como Medicare, Medicare Disability, Medicaid, Healthcare Assurance Program (HCAP), el Federal Insurance Market Place y otros programas de asistencia que puedan estar disponibles.
3. Describir las calificaciones de elegibilidad para las personas no aseguradas y con cobertura de seguro insuficiente elegibles para recibir un descuento considerable en los servicios equivalentes a aquellos que reciben comúnmente los pagadores de atención administrada, y proporcionar educación a los que son elegibles para garantizar que están en posición de tomar una decisión informada en función de una comprensión profunda de las opciones disponibles. El monto que generalmente se factura se utilizará para los servicios de descuento. Se utilizará el Método de Actualización. El monto que generalmente se factura es del 67.9 %. El cálculo se basa en el reembolso esperado de Medicare y del seguro privado.
4. La Política de asistencia financiera se publicará en el sitio web del hospital y la información sobre cómo solicitar asistencia se incluirá en los estados de cuenta de los pacientes. El personal de Acceso de pacientes ofrecerá el Resumen de lenguaje sencillo a todos los pacientes.
5. Establecer mecanismos de pago razonables y sin interés en función de la capacidad del paciente de realizar pagos.
6. Para establecer mecanismos de pago razonables, esto puede incluir opciones de tarjetas bancarias (tarjetas de crédito), opciones de préstamos bancarios y otros vehículos disponibles que se puedan adecuar al beneficio inmediato y a largo plazo de la persona.
7. Para cumplir con los requisitos de la Sección 501 (r) del Código de Impuestos Internos.

## POLÍTICA

Los pacientes deben recibir beneficencia solo después de que se hayan agotado todos los demás métodos de financiación de la atención del paciente, como cobertura de seguros, asistencia pública, Medicare, Oficina de Niños con Discapacidades Médicas, Víctimas de Delito, Programa de Reclamos de Vehículos Automotores del Hospital o cualquier recurso financiero. Un ajuste de caridad es para un paciente que realmente paga de su propio bolsillo. Un saldo tras la cobertura del seguro no se considerará para una autorización de beneficencia.

Los pacientes que soliciten beneficencia, o que se crea que requieren dicha ayuda, serán derivados a un representante de servicio al cliente o asesor financiero en Cuentas de pacientes. Se enviará un estado financiero

|   |   |
|---|---|
| Título/Descripción: <b>PLAN DE ATENCIÓN BENÉFICA</b><br><br><b>POLÍTICA/ASISTENCIA FINANCIERA</b> | Manual de políticas n.º <b>108.000</b><br>Fecha de revisión: 2/9/07, 2/1/11,<br>5/13/13, 1/14/16, 3/7/16, 8/28/17,<br>9/25/17; 5/01/18; 5/01/2019,<br>2/17/20, 5/21/21<br><br>Fecha efectiva: 5/13/13, 2/1/16,<br>8/28/17, 10/25/17, 5/01/18;<br>5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22 |
|---|---|

(mantenido en Cuentas de pacientes) a la persona legalmente responsable para que lo complete y devuelva con evidencia de ingresos y gastos. La información obtenida se revisará y se tomará la determinación final de beneficencia en ese momento. El hospital aceptará solicitudes de servicios de HCAP hasta tres años desde la fecha del primer aviso de seguimiento. Esto sería aproximadamente tres años y 30 días a partir de la fecha del servicio.

El director y/o gerente correspondiente de Cuentas de pacientes realiza la aprobación final.

El hospital puede denegar la atención que no sea de emergencia, fuera de lista, después de la notificación al paciente y si reside en un área considerada fuera de nuestra área de servicio.

El director o gerente de Cuentas de pacientes tiene la responsabilidad y autoridad de otorgar una beneficencia. Las excepciones al Plan de atención benéfica y los ajustes de beneficencia totales deben tener la aprobación firmada del director de Cuentas de pacientes. Las excepciones pueden incluir reducciones de saldo propuestas que se negociarían según el caso.

## PROCEDIMIENTO

1. La atención benéfica se aplicará únicamente a aquellos servicios que representen una atención de emergencia o que se determine que son médicamente necesarios, utilizando las definiciones de Medicaid/Medicare como guía. Para esta política, la atención de emergencia representa la atención inmediata que es necesaria para evitar poner en riesgo la salud del paciente, un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo. Médicamente necesarios representa servicios prestados, tanto a pacientes hospitalizados como ambulatorios, a fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar 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, amenacen con causar o agravar un impedimento, o provoquen una enfermedad general. **No se les puede cobrar a las personas elegibles más que el monto que generalmente se factura por la atención de emergencia o médicamente necesaria.**
2. Al momento en que se programen los servicios, al momento de presentarse para los servicios y/o al momento en que se determine e identifique la cobertura (incluida la preselección en virtud de los requisitos ABN y los requisitos MSP para Medicare), se tomará una determinación con respecto a la responsabilidad financiera potencial o calculada del paciente. Responsabilidad: Programación, registro, asesor financiero.
3. La disponibilidad de seguro de cada paciente se verificará y validará a través de un software de elegibilidad en el punto de ingreso o antes del punto de ingreso, y se comunicará a la oficina del asesor financiero de manera oportuna, eficiente y efectiva para todas las admisiones programadas, cirugía en el mismo día y sala de emergencias. Responsabilidad: Programación, registro.
4. El asesor financiero obtendrá información en cuanto a la elegibilidad del paciente para todas las fuentes de cobertura de seguro (a través de software de elegibilidad y/u otras fuentes [es decir, abogado, informe policial]). Responsabilidad: Asesor financiero.
5. El asesor financiero realizará las evaluaciones para lo siguiente:
  - ♦ Determinar la capacidad para cumplir con su obligación.
  - ♦ Analizar y finalizar los acuerdos de pago.
  - ♦ Comunicar las opciones disponibles al paciente/familiar y educarlos sobre los requisitos del programa.

|  |   |
|--|---|
| <p>Título/Descripción: <b>PLAN DE ATENCIÓN BENÉFICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>POLÍTICA/ASISTENCIA FINANCIERA</b></p> | <p>Manual de políticas n.º <b>108.000</b><br/> Fecha de revisión: 2/9/07, 2/1/11, 5/13/13, 1/14/16, 3/7/16, 8/28/17, 9/25/17; 5/01/18; 5/01/2019, 2/17/20, 5/21/21</p> <p>Fecha efectiva: 5/13/13, 2/1/16, 8/28/17, 10/25/17, 5/01/18; 5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22</p> |
|--|---|

- ♦ Finalizar los acuerdos de pago según las capacidades financieras de la persona, o, si no poseen los medios, para confirmar la elegibilidad en virtud de los programas de Medicaid o del Plan de Garantía de Atención de la Salud (Healthcare Assurance Plan, HCAP).
- ♦ Comunicar el programa de beneficencia al paciente/a la familia, educarlos sobre las opciones disponibles, ayudarlos a completar el formulario de aplicación y finalizar los términos de uso del programa de beneficencia, según corresponda.
- ♦ Finalizar la confirmación del acuerdo del paciente por escrito y escanear la confirmación en el sistema de imágenes con todos los demás documentos aplicables a la selección y el acuerdo. Responsabilidad: Asesor financiero.

**NOTA:** El asesor financiero mantendrá la responsabilidad exclusiva de este proceso hasta el momento en que se finalicen los arreglos o se determine que el paciente posiblemente no cumpla con los requisitos, para garantizar que el paciente tenga UN PUNTO DE CONTACTO. Esto es para garantizar que el paciente tenga un punto de referencia y que se le proporcione un nivel de comodidad, así como la sensación de que se mantiene la confidencialidad de sus asuntos personales. Si el paciente está representado por un organismo para ayudar en el proceso de aplicación de Medicaid, se deberá contactar al representante de ese organismo.

**NOTA:** Todas las determinaciones para los servicios benéficos son válidas a menos que la situación financiera cambie. Las personas con un cambio en su situación financiera deben volver a ser evaluadas por un asesor financiero mediante un llamado al 330-489-1145.

Los pacientes pueden solicitar asistencia llamando al 330-580-4739 y hablando con un asesor financiero. Para obtener más detalles sobre los programas disponibles o una lista de los lugares, visite <https://my.clevelandclinic.org/locations/mercy-hospital> o llame al 330-489-7150. Los pacientes también pueden reunirse con un asesor financiero en Cleveland Clinic Mercy Hospital 1320 Mercy Dr. N.W. Canton, Ohio.

Comuníquese con nuestra Oficina Comercial al 330-489-1145 para obtener información sobre la elegibilidad o los programas que pueden estar disponibles para usted, para solicitar que se le envíe por correo una copia del FAP, el formulario de aplicación del FAP o si necesita una copia del FAP o del formulario de aplicación del FAP. Puede encontrar la divulgación completa del FAP o del formulario de aplicación de FAP en [www.clevelandclinic.org/financiamiento](http://www.clevelandclinic.org/financiamiento). Se puede obtener una copia impresa de nuestro FAP o del formulario de aplicación del FAP en nuestro centro ubicado en 1320 Mercy Drive NW, Canton, OH 44708 en la oficina de Cuentas de pacientes.

6. Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera Cleveland Clinic Mercy Hospital busca determinar si un paciente es elegible para la asistencia bajo 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, Cleveland Clinic Mercy Hospital cobrará por la atención médica. Si el paciente está asegurado, Cleveland Clinic Mercy Hospital 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, Cleveland Clinic Mercy Hospital 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. El Cleveland Clinic Mercy Hospital también buscará proactivamente identificar a los pacientes que sean elegibles para recibir asistencia financiera basada en los ingresos en virtud de esta Política. Los esfuerzos razonables para

|  |   |
|--|---|
| <p>Título/Descripción: <b>PLAN DE ATENCIÓN BENÉFICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>POLÍTICA/ASISTENCIA FINANCIERA</b></p> | <p>Manual de políticas n.º <b>108.000</b><br/> Fecha de revisión: 2/9/07, 2/1/11, 5/13/13, 1/14/16, 3/7/16, 8/28/17, 9/25/17; 5/01/18; 5/01/2019, 2/17/20, 5/21/21</p> <p>Fecha efectiva: 5/13/13, 2/1/16, 8/28/17, 10/25/17, 5/01/18; 5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22</p> |
|--|---|

determinar la elegibilidad incluyen: notificación al paciente de parte del Cleveland Clinic Mercy Hospital 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 bajo esta Política enviada dentro de los 240 días de la primera declaración de cobro con respecto al saldo no pago o, si es posterior, en la fecha en que una agencia de cobro que trabaje en nombre de Cleveland Clinic devuelva el saldo no pago a la Clínica.

#### 7. Acciones de cobro para saldos no pagos

Si el paciente tiene un saldo pendiente con Cleveland Clinic Mercy Hospital 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 Cleveland Clinic Mercy Hospital que intentará conseguir el pago. El Cleveland Clinic Mercy Hospital 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 Cleveland Clinic Mercy Hospital 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 cargos que aún no se han pagado, y en base a cada caso en particular, Cleveland Clinic Mercy Hospital 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 Cleveland Clinic Mercy Hospital, o una agencia de cobros que trabaje en su nombre.

8. Para mantener el control interno adecuado según GAAP, el acceso de seguridad a las transacciones contables de los pacientes que afectan los saldos de AR se restringirá a empleados que no sean directa o indirectamente responsables de las funciones de facturación o cobro. Los ajustes o correcciones que afectan los saldos de cuenta deben tener la autorización adecuada antes de que se realice la publicación. Se requieren los siguientes niveles de autorización para cada solicitud:

| <u>Nivel de autorización</u> | <u>Monto</u>   |
|------------------------------|--|
| Gerente                      | Se requiere para transacciones superiores a \$3,000.00 |
| Director                     | Se requiere para transacciones de \$10,000.00 o más    |
| Director financiero          | Se requiere para transacciones de \$20,000.00 o más    |

### **PROGRAMA DE SEGURO MÉDICO HOSPITALARIO (HOSPITAL CARE ASSURANCE PROGRAM, HCAP)**

Los servicios hospitalarios se proporcionan sin cargo a los pacientes que necesitan servicios hospitalarios básicos médicamente necesarios, que son residentes del estado de Ohio, que no son beneficiarios del Programa Medicaid y cuyos ingresos se encuentran en la línea federal de pobreza o por debajo de esta.

1. Todas las declaraciones que notifiquen al paciente del saldo a pagar de su bolsillo incluirán notificaciones según lo requerido por la Sección 5112.17 del Código revisado del Estado de Ohio.
2. Al determinar si un paciente es elegible para HCAP, se completará un estado financiero con evidencia de ingresos de los últimos 12 meses o los últimos tres meses multiplicado por cuatro. Los gastos y activos no se utilizan en la determinación de HCAP. Las regulaciones de Ohio se utilizarán para definir una familia.
3. El estado financiero será revisado por Cuentas de pacientes para determinar la elegibilidad. Durante la revisión, las cuentas serán examinadas para Medicaid a través de los siguientes programas: Ayuda para familias con hijos a cargo (Aid to Families with Dependent Children), Ayuda para familias con hijos a

|  |   |
|--|---|
| <p>Título/Descripción: <b>PLAN DE ATENCIÓN BENÉFICA</b></p> <p><b>POLÍTICA/ASISTENCIA FINANCIERA</b></p> | <p>Manual de políticas n.º <b>108.000</b><br/> Fecha de revisión: 2/9/07, 2/1/11, 5/13/13, 1/14/16, 3/7/16, 8/28/17, 9/25/17; 5/01/18; 5/01/2019, 2/17/20, 5/21/21</p> <p>Fecha efectiva: 5/13/13, 2/1/16, 8/28/17, 10/25/17, 5/01/18; 5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22</p> |
|--|---|

cargo-Inicio saludable (Aid to Families with Dependent Children-Healthy Start) o Medicaid Disability. Si el paciente no cumple con los requisitos de elegibilidad para uno de estos programas, el paciente puede solicitar atención gratuita a través del Programa de garantía de atención hospitalaria (Hospital Care Assurance Program).

4. Si el paciente está cubierto por un Departamento de Recursos Humanos del Condado en virtud del Programa de asistencia por discapacidad (Disability Assistance Program), el paciente recibirá servicios sin cargo según lo requerido por la Sección 5112.17 del Código revisado. La prueba de elegibilidad para asistencia por discapacidad se mantendrá durante tres años o hasta 180 días después de la revisión. Dicha prueba consistirá en la copia de la tarjeta del paciente o la impresión de la verificación electrónica.
5. Los registros se conservarán de todas las cuentas declaradas en HCAP. Esta información se informará anualmente en la Hoja de resumen de servicio ODHS 2929.
6. La determinación se basará en las Guías Federales de Pobreza vigentes al momento del servicio.

## CLÍNICA DE ATENCIÓN AMBULATORIA

Todos los pacientes de la clínica de atención ambulatoria completarán un estado financiero. Después de que se agoten todos los demás métodos de financiación de la atención del paciente, se determinarán los cargos reducidos en función de la escala móvil o se proporcionarán servicios sin cargo.

## FARMACIA PROFESIONAL

Todos los pacientes que reúnan los requisitos para los cargos reducidos en la clínica de atención ambulatoria pagarán solo el copago designado por receta. Las recetas deben originarse en la clínica de atención ambulatoria o en las áreas de servicio del Centro Médico afiliado si no se dispone de la clínica de atención ambulatoria al momento del servicio.

## ASESORAMIENTO FINANCIERO

En los casos en que los gastos se consideren excesivos, se pueden utilizar los servicios de Asesoramiento Crediticio para el Consumidor (Consumer Credit Counseling). Consumer Credit Counseling es una organización que proporcionará, sin costo alguno para el consumidor, presupuesto, asesoramiento y un plan de reembolso estructurado a nuestros pacientes que necesiten este servicio.

## RETENCIÓN DE DOCUMENTOS:

Toda la información relacionada con la aplicación de Asistencia financiera, prueba de ingresos y otra información relacionada se almacenará electrónicamente por nombre del paciente y número de cuenta mediante el sistema de imágenes en línea del hospital.

## DEFINICIONES

Pacientes calificados no asegurados: aquellas personas con ingresos al 100 % de las Guías Federales de Pobreza que no califican para ningún programa de pagos de terceros.

Pacientes calificados con cobertura de seguro insuficiente: aquellas personas con ingresos superiores al 100 % de las Guías Federales de Pobreza que reúnen los requisitos para un programa de pago de terceros, pero cuyos

|  |   |
|--|---|
| <p>Título/Descripción: <b>PLAN DE ATENCIÓN BENÉFICA</b></p> <p style="text-align: center;"><b>POLÍTICA/ASISTENCIA FINANCIERA</b></p> | <p>Manual de políticas n.º <b>108.000</b><br/> Fecha de revisión: 2/9/07, 2/1/11, 5/13/13, 1/14/16, 3/7/16, 8/28/17, 9/25/17; 5/01/18; 5/01/2019, 2/17/20, 5/21/21</p> <p>Fecha efectiva: 5/13/13, 2/1/16, 8/28/17, 10/25/17, 5/01/18; 5/1/2019, 2/17/20, 5/26/21, 1/6/22</p> |
|--|---|

servicios de emergencia/médicamente necesarios no están cubiertos por su aseguradora, o cuya cobertura se limita a tal medida que la responsabilidad del paciente excede su capacidad de pagar dichos servicios.

Pacientes no calificados no asegurados: aquellas personas con ingresos por encima del 250 % de las Pautas Federales de Pobreza que no califican para ningún programa de pagos de terceros.

Descuento: el porcentaje de reducción de los cargos habituales facturados que se aplicará:

**Tabla de descuentos y pagos de la escala móvil para personas no aseguradas/con cobertura de seguro insuficiente**

| <u>Nivel Federal de Pobreza</u>    | <u>Porcentaje de descuento en los cargos</u> |
|------------------------------------|--|
| 100 % del nivel de pobreza o menos | Descuento del 100 %                          |
| 101 % a 250 % del nivel de pobreza | Descuento del 100 %                          |

**Anexo**

Se pueden utilizar los siguientes proveedores para brindar atención. Grupos de médicos tienen sus propias políticas de beneficencia.

- Stark County Emergency Physicians
- Modern Path
- Cleveland Clinic Regional Radiology
- Sound Physicians (Hospitalist Group)
- Servicios odontológicos

Aprobado por:

---

Dr. Timothy Crone, Presidente