

Política de Asistencia Financiera

La política de Sistema de Salud de Cleveland Clinic (Cleveland Clinic Health System, CCHS) 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 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 se aplica en todas las instalaciones de CCHS, incluso sus hospitales y centros de salud familiares, como se define a continuación.

I. Información general

- A. Cleveland Clinic Foundation y sus hospitales afiliados son organizaciones benéficas exentas de impuestos dentro del significado del §501(c)(3) del Código Interno de Ingresos y de las instituciones benéficas conforme a la ley estatal.
- B. CCHS se compromete a brindar atención médica sin ánimo de lucro. La “Atención Médica de Emergencia” y la “Atención Médica 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 los Estados Unidos (EE. UU.) y en vigencia a la fecha de servicio para las asignaciones de asistencia financiera conforme a esta Política (los Lineamientos Federales de Pobreza [Federal Poverty Guidelines, FPG]). Puede haber 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 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.

La “Solicitud” implica el proceso de solicitar conforme a esta Política y comprende ya sea (a) completar la Solicitud de Asistencia Financiera de CCHS en persona, por internet o vía telefónica con un Asistente Financiero o (b) por correo o envío de una copia en papel completa de la Solicitud de Asistencia Financiera de CCHS a CCHS.

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

- (i) Cleveland Clinic Florida,
- (ii) Cleveland Clinic Rehabilitation Hospitals,
- (iii) Select Cleveland Hospitals y
- (iv) Ashtabula Regional Medical Center (incluyendo Glenbeigh)

Cada uno de los cuales tiene su propia Política de Asistencia Financiera disponible en www.clevelandclinic.org/financialassistance.

“Atención Médica de Emergencia” o “Tratamiento de Emergencia” significarán la atención médica o tratamiento de una Afección Médica de Emergencia según la definición de EMTALA.

Política de Asistencia Financiera,

“EMTALA” es la Ley de Trabajo Activo y Tratamiento Médico 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 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 el hogar del paciente.

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

“Garante” es una persona que no es el paciente 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 Actividad Hospitalaria Desproporcionada (Disproportionate Share Hospital Program). HCAP brinda financiamiento a hospitales que brindan 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. 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 de forma 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 en forma anticipada en virtud de la excepción por circunstancias médicas especiales en el presente documento.
- (b) El paciente ha cumplido con todos los requisitos aplicables de su seguro, incluida, entre otras cosas, la actualización de la información de coordinación de beneficios (COB) o la realización de otras tareas administrativas requeridas por su aseguradora.

“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 aceptados por lo general en el momento en que se brinda el servicio. La atención médica necesaria no incluye 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 recetados para pacientes ambulatorios”.

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

“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 quien, 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 excluyen la Atención Médica 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 de CCHS realizarán una selección médica apropiada a cualquier individuo, 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 médicas de emergencia a individuos sin importar si son elegibles para la asistencia financiera. Si, luego de una selección médica apropiada, el personal de CCHS determina que el individuo atraviesa una afección médica de emergencia, CCHS brindará los servicios necesarios, dentro de la capacidad de la instalación de CCHS, para estabilizar la afección médica de emergencia, o realizará la derivación apropiada según define EMTALA (ver la política de EMTALA de CCHS).

B. Política HCAP de CCHS

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

C. Cobertura de fármacos con receta

Los pacientes que necesitan asistencia con los costos de sus medicamentos recetados, no cubiertos conforme a esta política, pueden calificar 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 buscan atención en las instalaciones de 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 el ingreso:

- los pacientes que son pacientes sin seguro y aquellos cuyo Ingreso Anual Familiar no excede el 400 % de los FPG.
- Aquellos que buscan Atención Médica de Emergencia o Atención Médica necesaria para pacientes internos o ambulatorios del hospital o servicios médicos.
- 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 su Ingreso Anual Familiar no supera el 400 % del FPG, si son residentes de Ohio y si aceptan trabajar con CCHS para determinar si son elegibles para recibir la cobertura del programa gubernamental.

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

Política de Asistencia Financiera,

1. Asistencia financiera por saldo catastrófico: los pacientes que poseen gastos médicos excesivos que han generado un saldo adeudado a CCHS por los gastos incurridos por un episodio de atención mayor al 25 % del Ingreso Anual Familiar del paciente (esto excluye a los pacientes con seguro donde Cleveland Clinic está fuera de la red o no es contratado).
2. Circunstancias excepcionales: los pacientes que transmiten que están atravesando una dificultad personal o financiera extrema (incluso una enfermedad terminal u otra afección médica catastrófica) que no cumplen los requisitos financieros para asistencia catastrófica.
3. Circunstancias médicas especiales: los pacientes que están buscando tratamiento que solo puede brindarle un equipo médico de CCHS o podría beneficiarse de servicios médicos continuos de CCHS para la continuidad de la atención médica.

Los pedidos de asistencia debido a Circunstancias Excepcionales o Circunstancias Médicas Especiales se evaluarán caso por caso.

B. Instalaciones de Nevada

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

1. Asistencia financiera basada en el ingreso:
 - (i) los pacientes que son pacientes sin seguro y aquellos cuyo Ingreso Anual Familiar no excede el 400 % de los FPG.
 - (ii) Aquellos que buscan Atención Médica Necesaria para pacientes ambulatorios.
 - (iii) Aquellos que son residentes de Nevada.

Maneras alternativas de reunir los requisitos para la asistencia en Nevada. Un paciente que, de otra manera, no reúne los requisitos para la asistencia financiera conforme a esta Política, pero que no es capaz de pagar por los costos de la Atención Médica Necesaria, puede recibir asistencia en las siguientes circunstancias:

1. Asistencia financiera por saldo catastrófico: los pacientes que poseen gastos médicos excesivos que han generado un saldo adeudado a CCHS por los gastos incurridos por un episodio de atención mayor al 25 % del Ingreso Anual Familiar del paciente (esto excluye a los pacientes con seguro donde Cleveland Clinic está fuera de la red o no es contratado).
2. Circunstancias excepcionales: los pacientes que transmiten que están atravesando una dificultad personal o financiera extrema (incluso una enfermedad terminal u otra afección médica catastrófica) que no cumplen los requisitos financieros para asistencia catastrófica.
3. Circunstancias médicas especiales: los pacientes que están buscando tratamiento que solo puede brindarle un equipo médico de CCHS o podría beneficiarse de servicios médicos continuos de CCHS 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 para Medicaid y otros programas de asistencia.** Los pacientes sin seguro que buscan atención en una instalación en Ohio pueden ser contactados por un representante para la selección, para determinar si califican para Medicaid u otros programas gubernamentales de asistencia. Los pacientes sin seguro deben cooperar con el proceso de selección antes de determinar la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera en virtud de esta Política. En determinadas circunstancias, CCHS puede determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera en virtud de esta política antes de la selección.

V. Método para solicitar

A. Asistencia financiera basada en el ingreso

1. Asistencia financiera presunta. Luego de programarlo en Ohio y Nevada, o antes de la admisión en Ohio, aquellos pacientes sin seguro que CCHS determine a través de bases de datos de verificación de terceras partes que tienen un Ingreso Familiar Anual igual o inferior al 400 % del FPG se considerarán elegibles para la asistencia financiera sin mayor información o documentación. 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 cree que él o ella pueden calificar para una mayor asistencia.
2. Los pacientes que buscan 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 de un Asesor Financiero sobre la disponibilidad de la asistencia financiera y se puede iniciar una Solicitud en su nombre.
3. Cualquier otro 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 nuestros Departamentos de Emergencia y áreas de admisiones, de un Asesor Financiero para Pacientes en nuestras instalaciones o en línea en www.clevelandclinic.org/financialassistance, o si llama al Servicio al Cliente al 866-621-6385.
4. Si existen diferencias entre las dos fuentes de información, un representante de CCHS puede requerir información adicional para respaldar el Ingreso Anual Familiar.

B. Saldo catastrófico

Mensualmente durante el proceso de facturación, CCHS puede utilizar bases de datos de verificación de terceras partes para determinar si el saldo adeudado de los gastos de la atención del paciente excede el 25 % del Ingreso Anual Familiar. Si es así, CCHS asumirá que el paciente es elegible para la asistencia financiera y notificará al paciente por escrito. Si el saldo no excede el 25 % del Ingreso Anual Familiar según los datos de verificación de la tercera parte, no se asumirá que el paciente tenga un saldo catastrófico. Los pacientes también pueden solicitar la consideración de asistencia financiera para un balance catastrófico en nuestras instalaciones o en línea en www.clevelandclinic.org/financialassistance, o llamando al 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 circunstancias financieras y dificultades personales, CCHS recopilará información sobre las dificultades personales o financieras extremas de ese paciente. La 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 admisión que se reconozca con circunstancias médicas especiales potenciales un Asesor Financiero para Pacientes solicitará una recomendación del equipo médico de CCHS para determinar si el paciente necesita tratamiento que solo puede brindar el equipo médico de CCHS, o si se beneficiaría de los servicios médicos continuos de CCHS para la continuidad de la atención médica. El paciente recibirá notificación por escrito si no reúne los requisitos para la asistencia financiera debido a circunstancias médicas especiales.

Política de Asistencia Financiera,

E. Solicitudes incompletas o faltantes

Los pacientes recibirán una notificación en caso de información faltante de la Solicitud de Asistencia Financiera y se les dará una oportunidad razonable para completarla. Si la información faltante no se completa, CCHS puede utilizar bases de datos de verificación de ingresos de terceras partes para completar la Solicitud de Asistencia Financiera.

VI. Proceso de determinación de la elegibilidad

A. Entrevista financiera

Un asesor financiero para pacientes de CCHS intentará contactar telefónicamente a todos los Pacientes sin seguro que no son presuntamente elegibles para la asistencia financiera al momento de la programación. El asistente financiero para pacientes 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 de acuerdo con eso. Al momento de la cita o luego de la admisión, puede pedirse a los pacientes que visiten al Asesor Financiero para Pacientes y firmen la Solicitud de Asistencia Financiera.

B. Solicitudes

Cualquier Solicitud de Asistencia Financiera ya sea que se complete en persona, en línea, que se entregue o 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

La Gestión del ciclo de ingresos (RCM) evaluará y procesará todas las Solicitudes de Asistencia Financiera. El paciente será notificado por escrito sobre la determinación. Los pacientes que califican para menos del 100 % de asistencia financiera (que no son los que se determinan presuntamente elegibles) recibirán una estimación del monto adeudado de un Asesor Financiero para Pacientes y se le pedirá que establezca acuerdos de pago o pague un depósito del 50 % antes de la programación, siempre y cuando, sin embargo, tales acuerdos de pago no se requieran como condición para recibir el 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 el ingreso conforme a la Política recibirán asistencia de acuerdo con los siguientes requisitos de ingresos:

1. Si sus ingresos familiares anuales llegan al 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, el “monto generalmente facturado” hace referencia a lo establecido en IRC §501(r)(5) y cualquier regulación u otras guías emitidas por el Departamento del Tesoro de los Estados Unidos (United States Department of Treasury, USDT) o el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS) 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 CCHS 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 de Asistencia Financiera para buscar asistencia financiera adicional.

Para los pacientes que hayan sido aprobados para la asistencia con un Saldo Catastrófico, se cubrirán los cargos identificados.

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 pagados y por los cargos de todos

Política de Asistencia Financiera,

los Servicios de Atención Médica Necesaria y de Emergencias brindados durante el período necesario hasta completar el tratamiento o la atención médica según lo determine el médico tratante de CCHS. 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

CCHS 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, CCHS cobrará por la atención médica. Si el paciente está asegurado, CCHS 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, CCHS 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 sido dado de alta hospitalaria y se enviará a la dirección en los registros del paciente. Solo los pacientes con saldo no pagado recibirán una declaración de cobro. Las declaraciones de cobro incluyen un resumen de esta Política en lenguaje sencillo y cómo solicitar asistencia financiera. CCHS puede buscar proactivamente identificar a los pacientes que son elegibles para la asistencia financiera basada en el ingreso, conforme a esta Política a través del uso de bases de datos de verificación de terceras partes. Los pacientes que se identifican como presuntamente elegibles para la asistencia basada en el ingreso serán notificados y podrán aplicar para asistencia financiera. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen: notificación al paciente de parte de CCHS 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 pagado o, si es posterior, en la fecha en que una agencia de cobro que trabaje en nombre de Cleveland Clinic devuelva el saldo no pagado a la Clínica.

B. Acciones de cobro para saldos no pagados

Si el paciente tiene un saldo pendiente con CCHS 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 CCHS que intentará conseguir el pago. CCHS 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 CCHS 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 pagado 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 que permanezcan no pagados, y con base en cada caso en particular, CCHS puede buscar obtener el pago a través de una demanda judicial cuando un paciente tenga un saldo no pagado y no coopere con los pedidos de información o pago de CCHS, o una agencia de cobros que trabaje en su nombre.

En ningún caso se demorará o negará la Atención de Emergencia a un paciente debido a un saldo no pagado. 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 Ohio y Nevada, un paciente sin seguro que busque programar nuevos servicios y que no haya sido presuntamente elegible para asistencia financiera será contactado por un Asesor Financiero para Pacientes 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 Gestión del ciclo de ingresos (RCM) de Cleveland Clinic Rehabilitation Hospital (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.

Política de Asistencia Financiera,

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 Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) de Cleveland Clinic, como se describe a continuación.

Los médicos que trabajan en cada instalación que no están cubiertos por la FAP están identificados en el Apéndice B adjunto, en la 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, en todos nuestros Departamentos de Emergencia y áreas de admisiones, y bajo pedido si llama al Servicio al cliente o consulta a un Asistente Financiero para Pacientes de Cleveland Clinic.

Centro 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 cierto en todos nuestros Centros de Cirugía y Atención Médica Ohio Family, con excepciones muy limitadas como las que se enumeran bajo el título “Ohio Main Campus, FHCs and Ohio ASCs”.

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 quedan cubiertos por la FAP están enumerados bajo el nombre de cada hospital regional en el que ejercen.

Ashtabula Regional Medical Center (ACMC) tiene su propia Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP) que cubre ACMC y Glenbeigh. Para conocer la FAP de ACMC, visite 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.

Select Cleveland Hospitals tiene su propia FAP. Para conocer la FAP de Select Cleveland Hospital, visite www.clevelandclinic.org/financialassistance.

Florida. Cleveland Clinic Florida tiene su propia FAP con cobertura para hospitales y centros médicos del sudeste y el este central de Florida. Para la FAP de Cleveland Clinic Florida, consulte www.clevelandclinic.org/financialassistance.

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

X. Medidas para publicitar la Política de Asistencia Financiera de CCHS

CCHS se compromete a difundir su Política ampliamente dentro de las comunidades a las cuales prestan servicios las instalaciones de CCHS. Para esos fines, CCHS dará los siguientes pasos para asegurar que los miembros de las comunidades que son atendidos en sus instalaciones estén al tanto de la Política y tengan acceso a esta.

- A. CCHS realizará una copia de su Política actual disponible para la comunidad publicando un resumen en lenguaje sencillo de la Política en su página web junto con una copia descargable de la Política y la Solicitud de Asistencia Financiera con instrucciones para descargarla. No existe tarifa para descargar una copia de la Política, el resumen en lenguaje sencillo o la Solicitud de Asistencia Financiera.
- B. CHSS brindará un resumen escrito 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, incluso un resumen en lenguaje sencillo de la Política para brindarlo con las facturas que cubran los montos cobrados por los servicios.
- C. Los asesores financieros para pacientes realizarán un resumen en lenguaje sencillo de la Política que estará disponible para todos los pacientes con quién se encuentren y lo brindarán a cualquier persona que pida una copia de la Política.
- D. CCHS incluirá una descripción de cómo obtener una copia de la información sobre la Política en un informe de beneficio a la comunidad realizado para toda la comunidad.
- E. CCHS publicará información sobre su Política para las agencias gubernamentales correspondientes y las organizaciones sin ánimo de lucro que lidien con salud pública en las áreas de servicio de CCHS.