



Resumen de asistencia financiera

Ohio Hospital Care Assurance Program (HCAP). Como participante del Programa HCAP, ofrecemos servicios médicamente necesarios en nuestros hospitales en forma gratuita si usted es residente de Ohio y (1) actualmente es beneficiario de los Programas de asistencia por discapacidad o de asistencia general, o (2) su ingreso es igual o menor al 100 % de los niveles federales de pobreza (los FPG).

A continuación se incluye un resumen de la asistencia financiera disponible en el Regency Hospital of North Central Ohio, LLC, d/a/b, Regency Hospital of Cleveland East (“Cleveland East”) y Regency Hospital of Cleveland West (Cleveland West) y Select Specialty Hospital - Cleveland, LLC, d/b/a, Select Specialty Hospital - Fairhill (Cleveland Fairhill), y Select Specialty Hospital - Cleveland Gateway (Cleveland Gateway) (conjuntamente denominados “Hospital”).

Asistencia financiera ofrecida. Si no tiene seguro médico, brindamos asistencia financiera para la atención médicamente necesaria, como un descuento sobre nuestros cargos habituales si su ingreso familiar no supera el cuádruple del FGP y usted es residente de Ohio. Todos los solicitantes serán evaluados para la cobertura de Medicaid y deberán cooperar con los representantes de Medicaid para tenerlos en cuenta para la asistencia financiera. Si usted reúne las condiciones para recibir asistencia financiera en virtud de nuestra Política, recibirá asistencia gratuita o con descuento de acuerdo con los siguientes criterios de ingresos:

- Si su ingreso familiar anual alcanza el 250 % del FPG, recibirá atención gratuita.
- Si su ingreso familiar anual se encuentra entre el 251 % y el 400 % del FPG, recibirá atención con descuento en las cantidades que generalmente facturamos a los pacientes sin seguro médico por esos servicios.

Incluso si tiene seguro, siempre que cumpla con nuestros criterios de ingresos, podrá recibir asistencia financiera si (1) su seguro no brinda cobertura por los servicios médicamente necesarios que pretende recibir, o (2) si usted ha agotado sus beneficios máximos de seguro de por vida.

Maneras adicionales de reunir las condiciones. Si no cumple con los criterios de ingresos mencionados, sin perjuicio de que tenga seguro o no o de su estado de residencia, se evaluará caso por caso la solicitud de asistencia financiera en las siguientes circunstancias:

- *Circunstancias excepcionales.* Si usted atraviesa una dificultad personal o económica extrema puede comunicarse con nosotros para solicitar asistencia financiera.
- *Circunstancias médicas especiales.* Si usted requiere tratamiento que solo puede ser provisto por personal médico del Hospital o se beneficiaría de los servicios médicos permanentes del Hospital en cuanto a la continuidad de la atención, se analizará su situación caso por caso para obtener asistencia financiera para ese tratamiento específico.

Los cargos no podrán exceder las cantidades que se facturan generalmente. Si usted recibe asistencia financiera en virtud de nuestra Política, no se le cobrará más por la atención médicamente necesaria que la cantidad que se factura habitualmente a los pacientes con cobertura de Medicare.

Cómo obtener copias de Nuestra política y Solicitud. Puede obtener una copia de nuestra Política y del Formulario de solicitud de asistencia financiera: (1) en los siguientes sitios web del Hospital <http://clevelandeast.regencyhospital.com>, <http://clevelandwest.regencyhospital.com>, <http://clevelandfairhill.selectspecialtyhospitals.com>, <http://clevelandgateway.selectspecialtyhospitals.com>, y (2) en nuestra área de admisiones. Si se comunica con nuestra Oficina Comercial Central al 888.868.1103, le enviaremos por correo postal una copia de nuestra Política de asistencia financiera, un resumen en lenguaje sencillo y un formulario de solicitud en forma gratuita.

Cómo solicitar y obtener asistencia. Puede solicitarla en cualquier momento durante el proceso de admisión o facturación, y para ello debe completar y entregar una solicitud y brindar información sobre sus ingresos. Toda solicitud de asistencia financiera —ya sea completada en forma personal, en internet, entregada personalmente o enviada por correo postal— se enviará al equipo de la Oficina Comercial Central para que la evalúe y procese. Si considera que puede estar atravesando una circunstancia excepcional o una circunstancia médica especial, un representante puede iniciar una solicitud por usted. Si necesita ayuda para solicitar asistencia, comuníquese con nuestro departamento de Admisiones, ubicado en nuestros centros, o llame a la Oficina Comercial Central, al 888.868.1103.

Las copias de nuestra Política de asistencia financiera, el Formulario de solicitud y este Resumen están disponibles en inglés, árabe y español.



Política de asistencia financiera

Grupo objetivo		Fecha de emisión original:	Versión:
Aprobado por:	Fecha de la última aprobación/revisión:	Preparado por:	Fecha de inicio de vigencia:

Las copias impresas son solo a modo de referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

Referencias/Requisitos reglamentarios:

Esta Política cumple con el Artículo 501(r) del Código de Impuestos Internos y reglamentaciones del Tesoro relacionadas.

Supervisión y responsabilidad:

El Director de Finanzas del Regency Hospital of North Central Ohio, LLC, d/a/b, Regency Hospital of Cleveland East (“Cleveland East”) y Regency Hospital of Cleveland West (Cleveland West) y Select Specialty Hospital – Cleveland, LLC, d/b/a, Select Specialty Hospital – Fairhill (Cleveland Fairhill), y Select Specialty Hospital – Cleveland Gateway (Cleveland Gateway) (denominados conjuntamente “Hospital”) debe revisar, actualizar e implementar esta política para mantener el cumplimiento de las reglamentaciones u otros requisitos; asimismo, se establece que todas las revisiones y modificaciones requieren la aprobación de la Junta Directiva de Select Cleveland Hospitals, LLC.

Es responsabilidad del hospital, departamento y disciplina implementar la política.



Política de asistencia financiera

La política del hospital es brindar la Atención médicamente necesaria a todos los pacientes sin importar su raza, credo o capacidad de pago. Los pacientes que no cuentan con los medios para pagar los servicios provistos en el Hospital pueden solicitar asistencia financiera, que se les otorgará con sujeción a los términos y condiciones que se detallan a continuación. El propósito de los criterios de elegibilidad para acceder a la asistencia financiera de acuerdo con esta Política es garantizar que el Hospital cuente con los recursos financieros para brindar atención a los pacientes más necesitados.

I. Antecedentes

- A. El Hospital es un hospital de cuidados intensivos a largo plazo dirigido y administrado de conformidad con los requisitos de la Cleveland Clinic Foundation en virtud del inciso 501(c)(3) del Código de Impuestos Internos y de las instituciones benéficas de acuerdo con la legislación estatal.
- B. El Hospital se compromete a brindar la atención médicamente necesaria. La “atención médicamente necesaria” se brinda a los pacientes sin perjuicio de su raza, credo o capacidad de pago.
- C. Se prevé que los principales beneficiarios de la Política de asistencia financiera sean los pacientes sin seguro de salud cuyo Ingreso anual familiar no supere el 100 % de los Niveles federales de pobreza (los “FPG”) publicados oportunamente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y que se encuentren vigentes a la fecha de servicio para el otorgamiento de asistencia financiera en virtud de esta Política. La asistencia financiera en función de los ingresos puede estar disponible para pacientes sin seguro médico y para otros pacientes con Ingresos familiares anuales *de hasta* el 400 % del FPG. Los pacientes que atraviesen dificultades económicas o personales o circunstancias médicas especiales también pueden reunir las condiciones para recibir la asistencia. Bajo ninguna circunstancia se podrá cobrar a un paciente habilitado para recibir la asistencia financiera en virtud de esta Política más de las cantidades que se facturan habitualmente por esa atención.

II. Definiciones



“Ingreso familiar anual” incluye los sueldos y salarios y los ingresos no salariales como las pensiones alimenticias y la manutención de menores; Seguro Social, seguro de desempleo y beneficios de compensación para trabajadores; y el ingreso por pensiones, intereses o alquileres de la Familia.

“Solicitud” significa el proceso para solicitar la asistencia en virtud de esta Política, ya sea (a) al completar el formulario de asistencia financiera del Hospital de manera personal, en internet o incluso por teléfono con un representante o (b) mediante el envío por correo o la entrega de una copia impresa de la Solicitud de asistencia financiera del Hospital al Hospital.

“CBO” significa Oficina central de facturación y cobranzas.

“**Familia**” significará el paciente, el cónyuge del paciente (sin importar dónde viva el cónyuge) y todos los hijos naturales o adoptivos del paciente menores de dieciocho años que vivan con el paciente. Si el paciente es menor de dieciocho años, la familia incluirá al paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente (sin importar dónde vivan los padres) y todos los hijos naturales o adoptivos de los padres menores de dieciocho años que vivan en el hogar.

“FPG” significará los Niveles federales de pobreza que oportunamente publique el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos y que se encuentren vigentes a la fecha de prestar el servicio.

“HCAP” es el Programa de aseguramiento de atención médica hospitalaria de Ohio. El HCAP es la versión de Ohio del Programa de alícuota desproporcionada de hospitales. El HCAP provee fondos para hospitales que brindan una alícuota desproporcionada de servicios básicos médicamente necesarios a pacientes competentes.

“Pacientes asegurados” son individuos que tienen algún seguro de salud privado o gubernamental.

“Atención médicamente necesaria” significará los servicios necesarios y razonables para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o reconstituyente para las condiciones físicas o mentales de acuerdo con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente y generalmente aceptados al momento de prestar el servicio. La atención médicamente necesaria no incluye los medicamentos recetados a pacientes ambulatorios.

“Política” significará esta Política de asistencia financiera que se encuentra en vigencia actualmente.



“Residente” significará una persona que es residente legal de los Estados Unidos y que ha sido residente legal del estado en el que se solicitan los servicios médicos por un período mínimo de seis (6) meses previo a la fecha en que se proveen los servicios o que de otro modo tenga la intención de permanecer en el estado en el que se solicitan los servicios médicos por al menos seis (6) meses con posterioridad a la fecha en que se prestan los servicios.

“Pacientes sin seguro médico” son individuos: (i) que no tienen seguro de salud privado o gubernamental; (ii) cuyos beneficios de seguro se han agotado; o (iii) cuyos beneficios del seguro no cubren la Atención médicamente necesaria que pretende el paciente.

III. Relación con otras políticas

- A. Política del programa HCAP. El Hospital participa en el programa HCAP. Todos los servicios del programa HCAP se rigen por la Política HCAP del Hospital y lo que se establece en esta Política no debe interpretarse como una limitación a la asistencia de una persona elegible para el programa HCAP en virtud del programa HCAP. El programa HCAP cubre solamente los servicios hospitalarios básicos médicamente necesarios.
- B. Política relacionada con la Atención médica de emergencia - La atención médica de emergencia no se brinda en el Hospital.
- C. Cobertura de medicamentos recetados. Los pacientes que necesiten asistencia con los costos de sus medicamentos recetados pueden reunir las condiciones para acceder a uno de los programas de asistencia para pacientes que ofrecen las compañías farmacéuticas. Comuníquese con el departamento de manejo de casos del hospital que corresponda para obtener más información.

IV. Criterios de elegibilidad para la asistencia financiera

Los pacientes que reúnen las condiciones que se mencionan a continuación estarán habilitados para recibir la asistencia que se describe en el Artículo VII en virtud de esta Política.



Los pacientes que soliciten atención en el Hospital podrán acceder a la asistencia financiera en virtud de esta Política bajo una de las tres categorías de elegibilidad financiera que se describen a continuación:

A. Asistencia financiera en función de los ingresos

- i. Los pacientes que son Pacientes sin seguro médico y cuyo Ingreso familiar anual no supere el 400 % del FPG,
- ii. Que soliciten Atención médicamente necesaria de servicios hospitalarios para pacientes internados, y
- iii. Que sean residentes de Ohio.

B. Formas adicionales de reunir los requisitos para la asistencia. Un paciente que de otro modo no cumpla con los requisitos para recibir asistencia en virtud de esta Política pero que no pueda pagar el costo de la Atención médicamente necesaria puede solicitar asistencia en las siguientes circunstancias:

- i. Circunstancias excepcionales: pacientes que comunican que están atravesando una dificultad personal o económica extrema (incluida una enfermedad terminal u otra condición médica muy grave).
- ii. Circunstancias médicas especiales: pacientes que buscan tratamiento que solamente el personal médico del Hospital puede brindar o que se beneficiarían de los servicios médicos permanentes del Hospital en cuanto a la continuidad de la atención.

Las solicitudes de asistencia por Circunstancias excepcionales o Circunstancias médicas especiales se evaluarán caso por caso.

C. Evaluación de Medicaid. Quizá un representante se contacte con los Pacientes sin seguro médico que soliciten la atención en un Hospital para determinar si reúnen los requisitos para Medicaid. Los Pacientes sin seguro médico deben cooperar con el proceso de elegibilidad de Medicaid para que puedan recibir la asistencia financiera en virtud de esta Política.



V. Método para solicitarla

A. Asistencia financiera en función de los ingresos.

- iii. Cualquier paciente que solicite asistencia financiera en función del ingreso en cualquier momento del proceso de programación o facturación puede completar la solicitud de asistencia financiera y se le pedirá que brinde información sobre el Ingreso familiar anual correspondiente al período de tres meses inmediatamente anterior a la fecha de revisión de elegibilidad. Puede encontrar la solicitud de asistencia financiera en las áreas de Admisiones o puede solicitarle una copia a un representante en nuestro centro o en la oficina comercial.
- ii. Si existiera alguna discrepancia entre dos fuentes de información, un representante del Hospital podrá solicitar información adicional para corroborar el Ingreso familiar anual.
- iv. Circunstancias excepcionales. El Hospital iniciará una Solicitud para cualquier paciente que a criterio del Hospital haya incurrido o corra el riesgo de incurrir en un saldo elevado o haya informado una dificultad personal o económica extrema. El Hospital recopilará la información sobre las circunstancias económicas y las dificultades personales del paciente. El Gerente de la Oficina central de facturación deberá resolver el caso bajo la dirección del Vicepresidente, Operaciones de facturación. Se notificará al paciente la resolución final.
- v. Circunstancias médicas especiales. El Hospital iniciará una Solicitud por cualquier paciente que durante el proceso de programación o admisión se compruebe que atraviesa posibles circunstancias médicas especiales y un representante solicitará una recomendación al médico del Hospital que brinda o que va a brindar el tratamiento o atención en cuanto a que el paciente necesite tratamiento que solamente puede ser provisto por el personal médico del Hospital, o bien se beneficiaría de los servicios médicos permanentes del Hospital para la continuidad de su atención. El médico y/o director médico del hospital determinarán la existencia de las circunstancias médicas especiales. Se le notificará al paciente por escrito si reúne los requisitos para recibir asistencia financiera debido a circunstancias médicas especiales.
- vi. Solicitudes incompletas o faltantes. Se notificará a los pacientes si falta información en la Solicitud y se les brindará la oportunidad razonable de suministrarla.



VI. Proceso de determinación de elegibilidad

- A. Entrevista financiera. Un representante del Hospital intentará comunicarse por teléfono con todos los Pacientes sin seguro médico que requieran asistencia financiera en el momento de la programación. El representante solicitará información, incluido el tamaño familiar, las fuentes de ingreso familiar y cualquier otra circunstancia económica o personal que respalde la elegibilidad en virtud de esta Política y completará la Solicitud como corresponda. En el momento de la cita o una vez realizada la admisión, se les pedirá a los pacientes que visiten al representante del Hospital y firmen la Solicitud.
- B. Solicitudes. Toda Solicitud, ya sea completada de manera personal, en internet, entregada o enviada por correo se enviará al representante del Hospital para que la evalúe y la procese.
- C. Determinación de elegibilidad. Un representante del Hospital evaluará y procesará todas las Solicitudes de asistencia financiera. Se notificará al paciente por carta la resolución sobre su elegibilidad. Los pacientes que reúnan los requisitos para obtener menos del 100 % de asistencia financiera recibirán un cálculo de la cantidad adeudada por parte de un representante del Hospital y se les solicitará que acuerden una forma de pago.

VII. Bases para el cálculo de las cantidades cobradas a los pacientes, alcance y duración de la asistencia financiera

Los pacientes que accedan a la asistencia financiera en función del ingreso de acuerdo con esta Política recibirán asistencia de acuerdo con los siguientes criterios de ingresos:

- Si su ingreso familiar anual alcanza el 250 % del FPG, recibirá atención gratuita.
- Si su ingreso familiar anual se encuentra entre el 251 % y el 400 % del FPG recibirá atención con descuento aplicado a los cargos brutos que “generalmente se facturan” a los Pacientes sin seguro médico por esos servicios.



Tal como se utiliza en el presente, el “importe generalmente facturado” tiene el significado que se le asigna en el inciso 501(r)(5) del Código de Impuestos Internos y en cualquier reglamentación o directriz emitida por el Departamento del Tesoro de Estados Unidos o del Servicio de Impuestos Internos que definan ese término. Consulte el **Apéndice A** para obtener información detallada sobre la forma en que se calcula el “monto generalmente facturado”.

Una vez que el Hospital determine que el paciente reúne las condiciones para recibir la asistencia financiera en función de los ingresos, esa determinación será válida por un plazo de noventa (90) días a partir de la fecha de revisión de elegibilidad. Luego de los noventa (90) días, el paciente podrá completar una nueva Solicitud para requerir asistencia financiera adicional.

Para los pacientes cuya asistencia ha sido aprobada por Circunstancias excepcionales o Circunstancias médicas especiales, el paciente recibirá cobertura en virtud de esta Política por el 100 % de los cargos impagos y por los cargos de la Atención médicamente necesaria provista durante el período necesario para completar el tratamiento o la atención según lo determine el médico del Hospital que brinda tratamiento. El paciente cuya situación económica se modifique podrá solicitar que se evalúe nuevamente su caso en cualquier momento.

VIII. Determinación de la elegibilidad para recibir asistencia financiera con anterioridad a la Acción por falta de pago

- A. Facturación y esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. El Hospital pretende determinar si el paciente reúne los requisitos para recibir la asistencia en virtud de esta Política con anterioridad o al momento de la admisión o el servicio. Si no se ha determinado la elegibilidad del paciente para recibir la asistencia financiera con anterioridad al alta o al servicio, el Hospital facturará la atención: Si el paciente tiene seguro médico, el Hospital facturará al asegurador registrado del paciente los cargos incurridos. Luego de la adjudicación del asegurador del paciente, el saldo adeudado por el paciente se facturará directamente al paciente. Si el paciente no tiene seguro médico, el Hospital facturará directamente al paciente por los cargos incurridos. Los pacientes recibirán hasta cuatro estados de cuenta durante un período de 120 días a partir de la fecha de alta del paciente que serán enviados al domicilio registrado del paciente. Solo los pacientes con un saldo impago recibirán un estado de cuenta. Los estados de cuenta incluyen un resumen en lenguaje sencillo de esta Política y las instrucciones para solicitar asistencia financiera. Los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad incluyen: notificación al paciente por parte del Hospital acerca de la Política una vez realizada la admisión y en comunicaciones escritas y verbales con el paciente sobre la factura del paciente, un esfuerzo por notificar al individuo por teléfono sobre la Política y el proceso para solicitar asistencia con al menos 30 días de anticipación previos al inicio de una acción legal, y una respuesta por escrito a cualquier solicitud de asistencia financiera para recibir asistencia en virtud de esta Política presentada dentro de los 240 días posteriores al primer estado de



cuenta de facturación con respecto al saldo impago o, si es posterior, la fecha en la que una agencia de cobranza que trabaja en nombre del Hospital devuelve el saldo impago al hospital que corresponda administrado por el Hospital.

- B. Acciones de cobro de saldo impago. Si un paciente tiene un saldo pendiente con el Hospital después del envío de cuatro estados de cuenta durante un período de 120 días, el saldo impago del paciente se transferirá a una agencia de cobranza que actuará en nombre del Hospital para demandar el pago. El Hospital y sus agencias de cobranza no informan a los organismos de crédito ni solicitan el embargo de salarios ni otras medidas de cobranza similares. Las agencias de cobranza que representan al Hospital tienen la capacidad de reclamar el pago durante un plazo de 18 meses a partir del momento en que el saldo se envía a la agencia de cobranza. Un paciente puede solicitar asistencia financiera en virtud de esta Política incluso después de que el saldo impago del paciente ha sido enviado a una agencia de cobranza. Luego del transcurso de 120 días como mínimo a partir del primer estado de cuenta con posterioridad al alta que indique cargos impagos, y caso por caso, el Hospital podrá perseguir el cobro mediante una acción legal cuando un paciente tiene un saldo impago y no cooperará con las solicitudes de información o pago del Hospital o de una agencia de cobranza que actúe en su nombre.

En ningún caso se denegará o demorará la Atención médicamente necesaria a un paciente antes de implementar los medios necesarios para determinar si el paciente puede reunir los requisitos para recibir asistencia financiera. En el Hospital, un representante se comunicará con un paciente sin seguro médico que pretenda programar nuevos servicios y que presuntamente no reúna los requisitos para recibir asistencia financiera para informarle acerca de la Política y lo ayudará a iniciar una Solicitud de asistencia financiera si así lo requiere.

- C. Revisión y aprobación. El representante del Hospital tiene la facultad de revisar y determinar si se han implementado los medios necesarios para evaluar si un Paciente reúne las condiciones para recibir asistencia en virtud de la Política de forma tal de iniciar acciones extraordinarias de cobro del saldo impago.

IX. Médicos sin cobertura en virtud de la Política de asistencia financiera del Hospital

Ciertos servicios están cubiertos por los médicos de Cleveland Clinic y por la política de asistencia financiera del Cleveland Clinic Health System.

Los grupos de médicos que trabajan en el Hospital que no están cubiertos por esta Política se identifican en el **Apéndice B, Lista de proveedores**, por grupo. La lista se actualiza trimestralmente y también está disponible en el sitio web <http://clevelandeast.regencyhospital.com>, <http://clevelandwest.regencyhospital.com>, <http://clevelandfairhill.selectspecialtyhospitals.com>, <http://clevelandgateway.selectspecialtyhospitals.com> en nuestras áreas de admisión y ante el requerimiento a un representante del Hospital.



Política de asistencia financiera

Apéndice A

Base para calcular las cantidades que se cobran a los pacientes

Regency Hospital of North Central Ohio, LLC, d/a/b, Regency Hospital of Cleveland East (“Cleveland East”) y Regency Hospital of Cleveland West (Cleveland West) y Select Specialty Hospital - Cleveland, LLC, d/b/a, Select Specialty Hospital - Fairhill (Cleveland Fairhill), y Select Specialty Hospital - Cleveland Gateway (Cleveland Gateway) (denominados conjuntamente “Hospital”) utilizan el método “retrospectivo” para determinar las “cantidades que se facturan generalmente” (AGB) a individuos que tienen cobertura de seguro distinta de la atención médicamente necesaria. El porcentaje de AGB aplicable a partir del 1/7/17 en Cleveland East y Cleveland West es del 21.4 %, lo que genera un descuento del 78.6 % aplicado a los cargos brutos. El porcentaje de AGB aplicable a partir del 1/7/17 en Cleveland Fairhill y Cleveland Gateway es del 32.17 %, lo que genera un descuento del 67.83 % aplicado a los cargos brutos.

Select Specialty Hospital - Cleveland, LLC administra una Unidad Subaguda dentro de Cleveland Fairhill que también utiliza el método “retrospectivo” para determinar las “cantidades que se facturan generalmente” (AGB) a individuos que tienen cobertura de seguro distinta de la atención médicamente necesaria. El porcentaje de AGB aplicable a partir del 1/7/17 es del 38.37 %, lo que genera un descuento del 61.63 % aplicado a los cargos brutos.

Los montos de AGB se calcularon utilizando todas las reclamaciones permitidas por Medicare (Tradicional) con fechas de alta comprendidas entre el 1.º de julio del 2016 y el 30 de junio del 2017. El pago total previsto de las reclamaciones permitidas se dividió por el total de cargos facturados por esas reclamaciones.