
POLÍTICA	UCH-PA-ADMIN-005-03		
NOMBRE	CUIDADOS CARITATIVOS Y AYUDA FINANCIERA (nombre anterior CUIDADOS CARITATIVOS)		
ÚLTIMA REVISIÓN	<u>15 septiembre, 2014</u>	FECHA DE CREACIÓN	<u>01/enero/2009</u>
PATROCINADA POR	<u>Craig Cain (firma en archivo)</u>	FECHA	
APROBACIÓN ADMINISTRATIVA	<u>Rick Hinds (firma en archivo)</u>	FECHA	
ÚLTIMA REVISIÓN	<u>15/septiembre/2014</u>	PRÓXIMA REVISIÓN	<u>15/sept/2016</u>

I. POLÍTICA

Esta es una política de todo el sistema UC Health que se aplica a UC Health, LLC, University of Cincinnati Medical Center, LLC, Daniel Drake Center for Post-Acute Care, LLC, West Chester Hospital, LLC y University of Cincinnati Physicians Company, LLC y todos los asociados de UC Health (en conjunto, "UC Health").

UC Health tiene el compromiso de brindar cuidados caritativos a personas que tienen necesidades de cuidados de la salud y que no tienen seguro, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para un programa del gobierno o que por algún otro motivo no pueden pagar la atención médica necesaria en base a su situación financiera personal. De acuerdo con la misión de UC Health, UC Health se esfuerza por asegurar que la capacidad financiera de cualquier persona con necesidad de recibir servicios de cuidados de la salud no impida que la persona busque o reciba atención. UC Health brindará, sin discriminación, cuidados de emergencia para afecciones médicas a personas sin importar su raza, credo, capacidad de pago o elegibilidad para recibir ayuda financiera o ayuda del gobierno.

II. PROPÓSITO

La política establece y asegura procedimientos para la revisión y la realización de pedidos para cuidados médicos caritativos, incluidos (i) criterios de elegibilidad para asistencia financiera, tanto cuidados gratuitos como cuidados con descuentos; (ii) la base para calcular montos que se cobran a pacientes elegibles para recibir ayuda financiera según esta política y (iii) el proceso de solicitud de ayuda financiera.

III. DEFINICIONES

Cuidados médicamente necesarios – Servicios razonables y necesarios para diagnosticar y brindar tratamiento preventivo, paliativo, curativo o restaurativo para afecciones físicas o mentales de acuerdo con estándares de cuidados de la salud reconocidos profesionalmente, generalmente aceptados en el momento en que se brindan los servicios y que son considerados médicaamente necesarios por los servicios de Medicare y Medicaid.

Pacientes sin seguro – Personas que no tienen seguro de salud del gobierno o privado o cuyos beneficios se han agotado.

Niveles de pobreza indicados por el gobierno federal (FPG, en inglés) – Los publica anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos y se utilizan los vigentes en la fecha del servicio para asignaciones de ayuda financiera según esta política.

Facturación fácil de comprender para el paciente – Lineamientos indicados por la Asociación de Manejo Financiero de los Cuidados de la Salud (HFMA, en inglés) que promueve una comunicación financiera clara, concisa, correcta y fácil de comprender para el paciente.

Administración del Programa – Departamento en Servicios Financieros para Pacientes (Patient Financial Services) de UC Health que procesa las solicitudes de ayuda financiera y hace determinaciones en base a lineamientos de los programas individuales.

Montos generalmente facturados (AGB, en inglés) – UC Health aplicará el “método de actualización” para determinar los montos generalmente facturados. En particular, UC Health determinará los montos generalmente facturados para cuidados de emergencia y otros cuidados médicaamente necesarios multiplicando los cargos brutos para esa atención por el porcentaje de montos generalmente facturados.

Porcentaje de montos generalmente facturados – UC Health calculará el porcentaje de montos generalmente facturados al menos una vez al año dividiendo la suma de todos los reclamos que se pagaron en su totalidad para cuidados de emergencia y otro tipo de cuidados médicaamente necesarios mediante el método de actualización como pagador o pagadores primarios de estos reclamos durante un período anterior de doce (12) meses por la suma de los cargos brutos asociados para esos reclamos. Para estos propósitos, UC Health incluirá en “todos los reclamos que se pagaron en su totalidad” las porciones de los reclamos pagados por Medicare o la aseguradora privada y las porciones de los reclamos pagadas por personas aseguradas bajo forma de coseguro, copagos o deducibles.

IV. ELEGIBILIDAD Y PROCESO DE SOLICITUD

1. La elegibilidad para los cuidados caritativos se basarán en la necesidad financiera del paciente. La necesidad financiera se determinará de acuerdo con procedimientos que incluyen una evaluación de la necesidad de ayuda financiera de la persona y puede:

- Incluir un proceso de solicitud en el que se requiere que el paciente o el garante del paciente cooperen y proporcionen información personal, financiera y de otro tipo y documentación pertinente para determinar la necesidad financiera;
 - Incluir el uso de fuentes externas de datos públicamente disponibles que proporcionan información sobre la capacidad de pago del paciente o del garante del paciente;
 - Incluir esfuerzos razonables realizados por UC Health o cada hospital dentro del sistema de UC Health para explorar fuentes alternativas de pago adecuadas y cobertura de programas de pago públicos y privados y ayudar a los pacientes a presentar la solicitud para esos programas;
 - Tener en cuenta el ingreso disponible del paciente y/o los activos y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente e
 - Incluir un análisis de las cuentas por cobrar pendientes del paciente por servicios anteriores brindados y el historial de pago del paciente.
2. UC Health desaprueba acciones que disuaden a las personas de buscar cuidados médicos de emergencia y cumple con la Ley Laboral y de Tratamiento Médico de Emergencia (EMTALA), como se indica con más detalle en la política EMTALA de UC Health. Aunque se prefiere pero no se exige que se haga un pedido de cuidados caritativos y una determinación de necesidad financiera antes de brindar servicios médicamente necesarios que no son de emergencia, la determinación se puede hacer en cualquier momento del proceso de cobro. La necesidad de ayuda financiera se volverá a evaluar cada vez que se brinden servicios a pacientes internados y la siguiente vez que se brinden servicios a pacientes ambulatorios si la última evaluación financiera se completó más de noventa (90) días desde el último servicio a pacientes ambulatorios, o en cualquier momento en que se conozca información adicional pertinente a la elegibilidad del paciente para cuidados caritativos. UC Health adoptó los lineamientos establecidos en el Código Administrativo de Ohio 5160-2-07.17 para definir la reevaluación de ayuda financiera.

V. DETERMINAR EL AJUSTE DE AYUDA FINANCIERA

No se debe cobrar a las personas elegibles para recibir ayuda financiera según esta política más que los montos generalmente facturados (AGB) a las personas que tienen seguro. Este valor se debe calcular usando el método de actualización en base a los reclamos realmente pagados desde marzo a febrero. El porcentaje de montos generalmente facturados actual es 30% y se actualiza anualmente.

VI. IDENTIFICACIÓN DE PACIENTES QUE PUEDEN SER ELEGIBLES PARA AYUDA FINANCIERA

UC Health tiene un equipo interdisciplinario de asociados que consiste en recursos del sitio del paciente y Servicios Financieros para Pacientes que están capacitados para



ayudar a los pacientes y sus familias con las facturas, la elegibilidad y los planes de pago.

1. Los miembros del personal en el Departamento de Admisión (Admitting Department) de cada centro hospitalario de UC Health incluyen:
 - a) Asociados de registro, que se enfocan en capturar información demográfica precisa y actualizada (dirección del hogar, teléfonos de contacto, lugar de empleo) para facilitar la ayuda telefónica para los cobros o el proceso de ayuda financiera (después del alta del paciente). Los asociados de registro conocen bien los programas de ayuda financiera y pueden referir a los pacientes interesados a un asesor financiero interno. Pedirán una identificación con foto para comprobar la identidad, proteger contra el robo de identidad y garantizar que la solicitud tenga información correcta.
 - b) Asesores financieros, que pueden visitar a los pacientes y sus familias en el piso tan pronto en la visita médica como sea adecuado. Al visitar a los pacientes cuando están en el hospital, los asesores financieros pueden ayudar al paciente a identificar los programas de ayuda para los que puede ser elegible y a iniciar el proceso de solicitud cuando sea adecuado. En algunos casos, el proceso de solicitud puede completarse durante la estadía del paciente en el hospital.
2. Los miembros del personal en la oficina de Servicios Financieros para Pacientes en 3200 Burnet Avenue son:
 - a) Unidad de Acceso (Access Unit) - Brinda servicios de pre-registro, verificación de seguro y cobro pre-servicio de deducibles, copagos y a personas sin seguro.
 - b) Atención a Clientes (Customer Service) - Está disponible para recibir las llamadas de los pacientes de lunes a jueves de 8:00 am a 9:00 pm y los viernes de 8:00 am a 4:30 pm. Los representantes pueden responder preguntas sobre la factura de un paciente, aceptar pagos con tarjeta de crédito, ayudar al paciente a completar una solicitud de ayuda financiera y establecer planes de pago. También hay representantes disponibles para ayudar a los pacientes personalmente durante el horario de atención normal.
 - c) Administración de Programas (Program Administration) - Trabajan en estrecha colaboración con los asesores financieros, inician el proceso de solicitud y procesan las solicitudes para los programas de ayuda financiera estatales y locales (ver Sección VII más adelante).

3. Si tienen dudas generales, necesitan ayuda para completar la solicitud de ayuda financiera o para pedir una copia gratis del resumen del texto simplificado y la política de ayuda financiera, los pacientes pueden llamar al (513) 585-6200 o al (800) 277-0781 en el horario indicado antes en la sección 2.b.

VII. AYUDA PARA DETERMINAR LA ELEGIBILIDAD Y PRESENTAR SOLICITUD PARA MEDICAID Y MEDICARE

UC Health tiene equipos interdisciplinarios para ayudar a los pacientes con seguro insuficiente y sin seguro a manejar los programas de seguro de salud federales y estatales y ayudar a inscribir a esos pacientes en los programas para los que son elegibles. El equipo incluye asesores financieros que, como parte de sus tareas, ayudan a los pacientes a determinar la elegibilidad y completar el proceso de solicitud.

VIII. SERVICIOS BÁSICOS Y MÉDICAMENTE NECESARIOS DE NIVEL DE HOSPITAL

UC Health proporciona, sin cargo, "servicios básicos y médicamente necesarios de nivel de hospital" a ciertas personas elegibles que son residentes de Ohio, no son beneficiarios del programa Medicaid y cuyos ingresos son iguales o menores al nivel de pobreza indicado por el gobierno federal, de acuerdo con lo dispuesto en OAC Ann. 5101:3-2-07.17. Esos servicios se brindarán de acuerdo con la cobertura para beneficios para hospital de Medicaid de Ohio, excepto trasplantes y servicios relacionados. Se necesita una solicitud completa antes de la determinación de elegibilidad para recibir un descuento en los servicios. UC Health puede exigir que una persona presente solicitud para beneficios de Medicaid antes de que UC Health procese una solicitud para dichos servicios.

IX. DESCUENTO DISPONIBLE PARA CIERTOS PACIENTES SIN SEGURO QUE NO SON ELEGIBLES PARA MEDICAID

Para ser elegible para este descuento, UC Health debe haber determinado que los pacientes cumplen con todos los requisitos de residencia según los lineamientos del Programa de Seguridad de Atención en Hospital de Ohio (HCAP, en inglés), el paciente debe haber cooperado brindando toda la información requerida, el paciente no debe tener seguro y el paciente no debe tener otros activos que podrían usarse para pagar la factura del hospital. En estas circunstancias, el monto del descuento en los cargos variará según los niveles de pobreza establecidos por el gobierno federal que el Departamento de Salud y Servicios Humanos publica anualmente, de la siguiente forma:

<u>Ingreso</u>	<u>Monto de cargos con descuento</u>
Ingreso menor o igual a 150% de nivel de pobreza federal	100%
Ingreso mayor que 151% de nivel de pobreza federal pero menor que o igual que 200%	70%

X. CIRCUNSTANCIAS MÉDICAS CATASTRÓFICAS

UC Health proporciona un descuento de cuidados caritativos a pacientes que sufrieron circunstancias médicas catastróficas y cuyas facturas médicas superen en mucho su capacidad de pago (circunstancias catastróficas). UC Health determina este descuento caso por caso, sin considerar únicamente el ingreso de un paciente después de que UC Health obtiene y/o genera documentación con respecto a las circunstancias catastróficas. Los siguientes son ejemplos de circunstancias que podrían justificar, dependiendo de otras circunstancias, un descuento después de que se proporcione la documentación correspondiente: (a) el paciente no es elegible para ningún programa de seguro de salud estatal o federal que brinde ayuda a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente; el paciente no tiene activos identificables y el saldo en la cuenta supera \$20,000 después de que se pagó todo el seguro de terceros en la cuenta; (b) el paciente tiene facturas de médicos y facturas de hospital, después de que el seguro de terceros se pagó, que supera el 30% del ingreso anual bruto del paciente o (c) el pago del paciente de la factura del hospital requiere la liquidación de activos críticos para la vida o que causarían penuria injustificada, según lo determine UC Health, para la familia o el sistema de apoyo del paciente.

XI. PRESUNTA ELEGIBILIDAD PARA DESCUENTO

Ciertas circunstancias indican que un paciente con seguro insuficiente debería ser elegible para un descuento de cuidados caritativos, incluso en ausencia de documentación completa. Los siguientes son ejemplos de dichas circunstancias: (a) el paciente no tiene hogar y/o recibió cuidados para personas sin hogar, (b) el paciente califica para otros programas de ayuda estatal o local que no tienen financiamiento o se negó la elegibilidad del paciente debido a tecnicismos (por ej. responsabilidad económica del paciente para Medicaid). Cuando UC Health determina que existen circunstancias que justifican la presunta elegibilidad, UC Health proporciona un 100% de descuento.

XII. OTROS PROGRAMAS DE DESCUENTO PARA SEGURO INSUFICIENTE

UC Health entiende que la atención médica tiene un alto costo, y por eso ofrece a los pacientes con seguro insuficiente cuya atención médica necesaria no es elegible para ningún descuento según los términos de esta política un descuento para seguro insuficiente de un porcentaje de los cargos facturados para ayudar a aliviar la carga de los gastos médicos.

No se cobrará a ningún paciente que sea elegible para ayuda financiera bajo los términos de esta política un monto igual al cargo bruto por los servicios proporcionados al paciente.

XIII. CAMBIOS INESPERADOS

Cuando ocurren cambios imprevisibles que impactan la capacidad de pago de un paciente, UC Health puede tener en cuenta esas circunstancias para determinar la pertinencia de un descuento de cuidados caritativos. Por ejemplo, si como resultado de un cambio de circunstancias, un paciente ahora sería elegible para un descuento de cuidados caritativos (pero antes no había sido considerado elegible), UC Health puede aplicar el descuento de manera retroactiva hasta 180 días desde la nueva fecha de determinación. De la misma manera, si se obtiene información de un cambio positivo en la situación financiera de un paciente, UC Health se reserva el derecho de retirar un descuento de cuidados caritativos aprobado previamente y exigir el cobro de los saldos pendientes en la cuenta.

XIV. RELACIÓN CON LAS POLÍTCAS DE FACTURACIÓN Y COBRO

UC Health está de acuerdo con los principios de FACTURACIÓN FÁCIL DE COMPRENDER PARA EL PACIENTE y se esfuerza por asegurar que las comunicaciones y el asesoramiento financieros sean claros, concisos, correctos y tengan en cuenta las necesidades de los pacientes y los miembros de la familia. El objetivo del equipo de asesoramiento financiero de UC Health es trabajar en estrecha colaboración con el paciente para identificar el plan de pago apropiado (si se requiere uno) para resolver la factura del hospital del paciente.

UC Health no participará en acciones de cobro extraordinarias antes de hacer un esfuerzo razonable para determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda financiera según lo establecido en esta política. La actividad de cobro se hará según una política de cobro independiente. La política de facturación y cobro de UC Health se puede ver e imprimir sin cargo a través de internet en <http://uchealth.com/financial/financial-assistance/>.

XV. COMUNICACIÓN DE LA POLÍTICA DE CUIDADOS CARITATIVOS Y AYUDA FINANCIERA A LOS PACIENTES Y LA COMUNIDAD

UC Health tiene el compromiso de publicar esta política y los programas de ayuda financiera disponibles en las comunidades en las que brinda servicios siguiendo estos pasos:

- Publicar una copia de esta política junto con una copia para descargar el resumen del texto simplificado y solicitud de ayuda financiera en el sitio web en internet de UC Health: <http://uchealth.com/financial/financial-assistance/>.
 - No se requiere ninguna tarifa ni hardware o software especial para descargar una copia de la política o solicitud de ayuda financiera.
 - La política de ayuda financiera, el resumen del texto simplificado y las

solicitudes de ayuda financiera están disponibles en inglés y en cualquier otro idioma hablado por al menos 1,000 personas o 5% de la comunidad donde se brindan servicios.

- Los asesores financieros pondrán a disposición de todos los pacientes con los que se reúnan una copia de esta política y entregará una copia a cualquier persona que la pida.
- En la Sala de Emergencias (Emergency Room) y en las áreas de admisión de cada centro hospitalario hay carteles que indican detalles de la ayuda financiera disponible.
- Hay disponibles folletos en las áreas de admisión y registro de los centros de atención indicando los programas financieros disponibles para las personas sin seguro.
- Las declaraciones de los pacientes incluirán un pedido de que el paciente es responsable de informar a UC Health de cualquier cobertura de seguro de salud disponible y se incluirá un aviso de la política de ayuda financiera de UC Health, un número de teléfono para pedir ayuda financiera y la dirección del sitio web donde se pueden obtener los documentos de ayuda financiera.
- UC Health pondrá a disposición la información sobre esta política de las agencias gubernamentales y organizaciones sin fines de lucro correspondientes que trabajen con temas de salud pública en las áreas de servicio de UC Health.

XVI. MÉDICOS CON COBERTURA Y SIN COBERTURA SEGÚN LA POLÍTICA DE CUIDADOS CARITATIVOS Y AYUDA FINANCIERA

La mayoría de los servicios proporcionados por médicos en centros de atención de UC Health están cubiertos por la política de ayuda financiera de UC Health, según se describió antes. Los médicos que trabajan en centros de atención de UC Health y que **no** están cubiertos por la política de ayuda financiera se identifican en un documento independiente en internet en <http://uchealth.com/financial/financial-assistance/>.

XVII. POLÍTICAS RELACIONADAS, DOCUMENTOS Y REFERENCIAS

1. Política de facturación y cobro
2. Política EMTALA
3. Resumen del texto simplificado de la ayuda financiera
4. Solicitud de ayuda financiera
5. Documento 1: Lista de médicos cubiertos
6. Documento 2: Lista de médicos no cubiertos
7. Documento 3: Porcentajes de montos generalmente facturados por entidad
8. Documento 4: Niveles de pobreza indicados por el gobierno federal

Documentos 1 y 2: Lista de médicos cubiertos y no cubiertos

Debido a la longitud de estos documentos, las listas se pondrán a disposición como documento independiente en internet en <http://uchhealth.com/financial/financial-assistance/>. También hay disponibles copias impresas gratis de esos documentos que se entregan por pedido llamando al (513) 585-6200 o al (800) 277-0781 para todas las entidades de UC Health.

Documento 3: Porcentajes de montos generalmente facturados por entidad

No se cobrará a los pacientes que califican para recibir ayuda financiera más por la atención médica necesaria que los montos generalmente facturados a pacientes que tienen seguro. Los porcentajes de montos generalmente facturados del hospital se calculan usando el método de actualización, que es el total de la tarifa por servicio de Medicare y reclamos permitidos por la aseguradora privada dividido entre los cargos brutos totales para esos reclamos durante un período de 12 meses. El porcentaje de monto generalmente facturado por servicios médicos se calcula usando el método de actualización, usando el total de *[insertar]* reclamos permitidos por el grupo de médicos dividido entre los cargos brutos totales para esos reclamos durante un período de 12 meses. Los descuentos proporcionados a pacientes que califican para ayuda financiera se revisarán comparándolos con los límites de porcentaje del monto generalmente facturado para asegurar que no se cobre a los pacientes más que el monto generalmente facturado.

Entidad	% de montos generalmente facturados
University of Cincinnati Medical Center	30%
West Chester Hospital	30%
Daniel Crake Center	30%
University of Cincinnati Physician Company	30%

En relación con esta política, los porcentajes de montos generalmente facturados para cada centro se deben calcular anualmente y aplicar antes del día 120 después del comienzo del año.

Documento 4: Niveles de pobreza indicados por el gobierno federal

Los niveles de pobreza a los que se hace referencia en esta política son los indicados cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., según se publican en el Registro Federal. Los umbrales de ingreso en los niveles de pobreza actuales se publicaron el 26 de enero de 2016.

Miembros de la familia	Niveles de pobreza indicados por el gobierno federal	Ingreso máximo para 100%	Ingreso máximo para 75%	Ingreso máximo para 50%
1	\$11,880	\$17,820	\$20,790	\$23,760
2	\$16,020	\$24,030	\$28,035	\$32,040
3	\$20,160	\$30,240	\$35,280	\$40,320
4	\$24,300	\$36,450	\$42,525	\$48,600
5	\$28,440	\$42,660	\$49,770	\$56,880
6	\$32,580	\$48,870	\$57,015	\$65,160
7	\$36,730	\$55,095	\$64,278	\$73,460
8	\$40,890	\$61,335	\$71,558	\$81,780

Para unidades familiares de más de 8 personas, agregar \$4,160 para cada persona adicional para determinar el nivel de pobreza indicado por el gobierno federal.

Para los propósitos de esta política, los niveles de ingreso especificados antes se consideran ingreso bruto, aunque ciertas disposiciones permiten que se hagan ajustes al ingreso para gastos médicos extraordinarios. En relación con esta política, los niveles de ingreso para pobreza según el gobierno federal se deben actualizar anualmente después de ser revisados y publicados por el gobierno federal en el Registro Federal.