

**Hospital Quirúrgico del Valle de Ohio**  
**Política de asistencia financiera para el cuidado de caridad**

**I. Declaración de política/alcance:**

- A. Ohio Valley Surgical Hospital (el "Hospital") se compromete a proporcionar asistencia financiera que responda a las necesidades de la comunidad, independientemente de su raza, edad, género, color, origen étnico, origen nacional, ciudadanía, idioma principal, religión, discapacidad, educación, empleo o estado de estudiante, disposición, relación, cobertura de seguro, posición de la comunidad o cualquier otro factor diferenciador discriminatorio.
- B. En consecuencia, el Hospital mantiene esta Política de Asistencia Financiera de Atención de Caridad ("FAP") a través de la cual brinda atención gratuita o con descuento a personas sin seguro de salud y aquellas con cobertura de seguro parcial (es *decir*, personas sin seguro y con seguro insuficiente) que cumplen con los criterios de ingresos y otros criterios de elegibilidad descritos en este documento ("Asistencia financiera"). La asistencia financiera incluye tanto la asistencia de HCAP (Sección X) como la atención de caridad (Secciones III a V).
- C. El órgano rector del Hospital estableció esta política de conformidad con la sección 501(r) del Código de Rentas Internas (el "Código"). El Hospital se reserva el derecho de ofrecer descuentos bajo otras políticas o caso por caso. Cualquier descuento no descrito expresamente en este documento está excluido del alcance de este FAP.

**II. Servicios de emergencia:**

El hospital no tiene una sala de emergencias y no proporciona medicina de emergencia, salud conductual o servicios de maternidad. Sin embargo, el Hospital tiene políticas para evaluar emergencias, proporcionar tratamiento inicial cuando sea apropiado y hacer una remisión para tratamiento adicional según sea necesario. La política del Hospital para los servicios de emergencia se aplica sin discriminación a todas las personas, independientemente de si pueden pagar o son elegibles para recibir asistencia bajo este FAP. El Hospital no exige que los pacientes paguen antes de recibir tratamiento por servicios de emergencia ni permite actividades de cobro de deudas que interfieran con la prestación de servicios de emergencia. Los servicios de emergencia se proporcionan, según sea necesario, a los pacientes del Hospital de manera no discriminatoria.

**III. Atención de caridad: servicios cubiertos, elegibilidad, monto cobrado y cooperación:**

- A. Este FAP se aplica a toda la Atención médica de emergencia (según se define a continuación y según corresponda al Hospital) y otros otros cuidados médicamente necesarios (como se definen a continuación) proporcionados por el Hospital, así como a otros proveedores que brindan Atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria en las instalaciones del Hospital ("Servicios cubiertos"). Se adjunta una lista de proveedores, distintos del Hospital, que brindan dicha atención en las instalaciones del Hospital, que especifica qué proveedores están cubiertos por este FAP y cuáles no están cubiertos (consulte el Anexo A).
  - 1. "Atención médica de emergencia" tiene el significado establecido en Treas. Reg. 1.501(r)-1.
  - 2. "Atención médicamente necesaria" tiene el significado establecido para los propósitos de Medicaid.
- B. Los siguientes servicios están expresamente excluidos del alcance de este FAP y de la definición de Servicios Cubiertos:
  - 1. Atención, servicios y/o procedimientos considerados como atención médica de emergencia ni atención médicamente necesaria;
  - 2. Cirugía estética (identificada por diagnóstico y procedimiento realizado, etc.); y
  - 3. Cargos bariátricos.
- C. Bajo el programa de atención de caridad del Hospital, los descuentos se ofrecen de la siguiente manera con respecto a los Servicios Cubiertos:
  - 1. Los pacientes que ganan hasta el 115% por ciento de las Pautas Federales de Pobreza recibirán un descuento del 100%.
  - 2. Los pacientes que ganan entre el 116% y el 405% por ciento de las Pautas Federales de Pobreza recibirán descuentos que oscilan entre el 95% y el 5%.
  - 3. Para los pacientes asegurados, los descuentos bajo esta póliza se aplican contra el saldo restante de cargos adeudados después de la reducción por montos pagados o asumidos por el seguro. Para los pacientes sin seguro, se aplican descuentos contra los cargos brutos.
- D. Criterios de elegibilidad adicionales / ingresos / activos / HSA:
  - 1. Para solicitar asistencia financiera, un paciente o familiar debe completar una solicitud (consulte el Anexo B) que incluya el ingreso bruto durante un mínimo de 3 meses (hasta 12 meses) antes de la fecha de solicitud o la fecha de servicio. Se puede solicitar comprobante de ingresos a los pacientes que solicitan consideración de asistencia financiera.
  - 2. La puntuación de ingresos de terceros se puede utilizar para verificar los ingresos en situaciones en las que la verificación de ingresos no se puede obtener a través de otros métodos.
  - 3. Hay situaciones en las que las personas pueden no haber reportado ingresos, pero tienen activos significativos disponibles para pagar los servicios de atención médica. En estas situaciones, el Hospital puede evaluar estos activos como efectivo disponible para cubrir los gastos de subsistencia esenciales, que incluyen los gastos de atención médica.
  - 4. El Hospital requiere prueba de que los fondos de la Cuenta de Ahorros para la Salud y/o la Cuenta de Ahorros Médicos se han agotado antes de proporcionar asistencia financiera para la atención médica.
  - 5. La asistencia financiera bajo el programa de atención de caridad del Hospital **solo** está disponible para pacientes que de otra manera no son elegibles para un programa de asistencia financiera proporcionado por un tercero y que **no** tienen otra fuente de pago o reembolso por los cargos relacionados con su atención. Otras fuentes de pago que deben agotarse antes de que un paciente sea elegible para recibir atención de caridad bajo esta Sección III podrían incluir, entre otras, seguro de salud, HCAP, varios otros programas gubernamentales, otros seguros como seguro de automóvil, propietario de vivienda o responsabilidad civil, o terceros que puedan ser responsables de la atención del paciente.
- E. Cooperación / Precisión / Negación:
  - 1. Mientras se procesa la solicitud, el Hospital solicitará que los pacientes que puedan ser elegibles para Medicaid soliciten Medicaid. Para recibir asistencia financiera de atención médica, el paciente debe solicitar Medicaid y se le debe negar por cualquier motivo que no sea el siguiente: (i) no se aplicó; ii) no siguió adelante con el proceso de solicitud; o iii) no proporcionó las verificaciones solicitadas.

2. La asistencia financiera puede ser denegada bajo este FAP si existe una sospecha razonable de la exactitud de una solicitud. Si el paciente/garante proporciona la documentación necesaria y/o la información solicitada para aclarar la solicitud, la solicitud de asistencia financiera puede ser reconsiderada. La reconsideración se revisará y manejará caso por caso.

#### **IV. Proceso de solicitud de asistencia financiera:**

##### **A. Aplicaciones:**

1. Los formularios de solicitud (véase el Anexo B) están disponibles en Preinscripción, Admisión / Inscripción y varios sitios de registro alternativos para facilitar la identificación temprana y el inicio del proceso de solicitud. Los formularios de solicitud también se pueden obtener poniéndose en contacto con el Hospital como se indica en la Sección IX.
2. El Hospital puede aceptar aclaraciones verbales de ingresos, tamaño de la familia o cualquier información que pueda no estar clara en una solicitud.
3. Los pacientes hospitalizados deberán completar una solicitud para cada admisión a menos que el paciente sea readmitido dentro de los 45 días posteriores al alta por la misma afección subyacente.
4. Las solicitudes ambulatorias aprobadas son efectivas por 90 días a partir de la fecha inicial del servicio.
5. Una solicitud de hospitalización también se puede utilizar para cubrir los servicios ambulatorios para el paciente en el período de 90 días inmediatamente después del primer día de la admisión hospitalaria.
6. Las solicitudes serán válidas retrospectivamente por un período de 3 años antes de la fecha de solicitud, independientemente del estado de paciente hospitalizado o ambulatorio.

##### **V. Base para calcular los importes cobrados a los pacientes:**

- A. Después de una determinación de elegibilidad bajo esta política, a un paciente elegible para asistencia financiera no se le cobrará más por Atención médica de emergencia u otra Atención médicamente necesaria (es *decir*, cualquier Servicio cubierto) que el monto generalmente facturado ("AGB"). Al menos una vez al año, el Hospital calcula un porcentaje de AGB basado en el Método de Retrospectiva (según lo definido por las Regulaciones del Tesoro bajo la sección 501 (r) del Código). Los miembros del público pueden obtener el porcentaje actual de AGB para el Hospital (y una descripción del cálculo) por escrito y de forma gratuita comunicándose con el Hospital como se indica en la Sección IX de esta Política.
- B. El Hospital no factura ni espera el pago de cargos brutos de las personas que califican para recibir asistencia financiera bajo esta política.

##### **VI. Medidas adoptadas en caso de impago:**

Las acciones que el Hospital puede tomar en caso de falta de pago se describen en una Política de Facturación y Cobros separada. Los miembros del público pueden obtener una copia gratuita de esta política separada de los Servicios de Cuenta de Pacientes del Hospital comunicándose con el Hospital como se indica en la Sección IX.

##### **VII. Medidas para dar amplia publicidad al FAP:**

- A. El Hospital hace que este FAP, formulario de solicitud y resumen en lenguaje sencillo de la política esté ampliamente disponible en su sitio web, e implementa medidas adicionales para publicitar ampliamente la política en las comunidades atendidas.
  1. Sitio web: [www.ovsurgical.com](http://www.ovsurgical.com)
  2. Las copias impresas de este FAP, la solicitud y el resumen en lenguaje sencillo, sin cargo, están disponibles en todas las áreas de admisión, áreas de admisión de pacientes, oficina de asesoramiento financiero y recepción.
  3. Señalización en todas las áreas de registro y admisión.
  4. Declaración del Programa de Asistencia Financiera en cada declaración del paciente que incluya la información de contacto del Hospital de la Sección IX.
  5. Ofrecer un resumen en lenguaje sencillo del FAP sobre el alta.
  6. El Hospital también acomoda poblaciones de presentación significativas (el menor de 5% de la comunidad o 1,000 individuos) dentro de nuestra comunidad que tienen un dominio limitado del inglés al traducir este FAP, todas las políticas de facturación y cobro relacionadas, el formulario de solicitud y el resumen en lenguaje sencillo de la póliza al idioma principal hablado por dichas poblaciones.

##### **VIII. Asesores financieros:**

Los asesores financieros están disponibles para responder sus preguntas sobre arreglos de pago, cobertura de seguro, Medicare y otras consultas financieras.

Para obtener más información sobre asesoramiento financiero, llame al (937) 521-3943.

##### **IX. Servicios de cuentas de pacientes:**

Comuníquese con Ohio Valley Surgical Hospital Patient Account Services al (937) 521-3943.

Los representantes están disponibles de lunes a viernes de 9:00 a.m. a 12:00 p.m. y de 1:00 p.m. a 4:30 p.m.

##### **X. HCAP – Elegibilidad y monto cobrado:**

Además de la atención de caridad descrita a lo largo de este FAP, el Hospital también ofrece asistencia a través de su Programa HCAP.

- A. El Programa HCAP es el mecanismo del Departamento de Servicios Laborales y Familiares de Ohio ("ODJFS") para cumplir con el requisito federal de proporcionar pagos adicionales a los hospitales que brindan una parte desproporcionada de los servicios no compensados a los indigentes y sin seguro. HCAP es administrado por ODJFS y se rige por los requisitos estatales y federales. El Hospital aplica los requisitos de elegibilidad de HCAP según las leyes, regulaciones e instrucciones aplicables de ODJFS. Este FAP resume los requisitos de elegibilidad de la siguiente manera:
  1. Residencia. El paciente debe estar viviendo voluntariamente en el estado de Ohio. Esto incluye residentes temporales como estudiantes o trabajadores migrantes y pacientes que residen temporalmente con familiares en el estado. Esto no incluye a los pacientes que residen en otro estado y simplemente viajan o vacacionan en Ohio o cualquier paciente que haya venido a Ohio únicamente para recibir atención médica.
  2. Renta. El paciente debe tener ingresos iguales o inferiores al 100% de las Pautas Federales de Ingresos de Pobreza actuales en el momento del servicio para el tamaño de la familia del paciente. El paciente no puede ser beneficiario de Medicaid o cualquier otro programa estatal de Medicaid. Los "ingresos" de una familia se determinan bajo las reglas y regulaciones aplicables de HCAP promulgadas bajo la ley de Ohio.
  3. Servicios. Los servicios deben ser un servicio médicamente cubierto según las pautas de ODJFS.
  4. Aplicación. Se requiere una solicitud firmada para la elegibilidad para el programa HCAP.