Cleveland Clinic

SERVICIOS DE APOYO DE PRIMERA LÍNEA PARA PACIENTES

Política de Asistencia Financiera

El sistema de salud de Cleveland Clinic Florida ("CC Florida") está formado por hospitales y centros médicos múltiples en el sudeste y este central de Florida, incluidos el hospital Cleveland Clinic Weston, Cleveland Clinic Indian River Medical Center y Cleveland Clinic Martin Memorial Medical Center.

La política de CC Florida 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 CC Florida 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 CC Florida 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 CC Florida, incluso sus hospitales y centros de salud familiares, como se define a continuación.

I. Información general

A. Cleveland Clinic Foundation (Cleveland Clinic), es la casa matriz del Sistema de salud de Cleveland Clinic Florida, 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 bajo la ley estatal.

B. 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 de EE. UU. (Department of Health and Human Services) y en efecto a la fecha de servicio para las asignaciones de asistencia financiera bajo 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 bajo esta Política, y comprende ya sea (a) completar la Solicitud de Asistencia Financiera de Cleveland Clinic en persona, en línea, o vía telefónica con un Asistente Financiero para Pacientes o (b) por correo, o envío de una copia en papel completa de la Solicitud de Asistencia Financiera de la Cleveland Clinic.

"CC Florida" se refiere a las instalaciones del este central de Florida y del sudeste de Florida.

"Instalaciones del este central de Florida" se refiere a Cleveland Clinic Indian River Medical Center y a las instalaciones para pacientes ambulatorios que pertenezcan a Cleveland Clinic Indian River Medical Center, incluidas todas las instalaciones para pacientes ambulatorios y consultorios de médicos contratados en el condado Indian River y Cleveland Clinic Martin Memorial Medical Center y las instalaciones para pacientes ambulatorios que pertenezcan a Cleveland Clinic Martin Memorial Health Systems Inc., incluidas todas las instalaciones para pacientes ambulatorios y los consultorios de médicos contratados en los condados Martin y St. Lucie.

"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.

“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 las Guías 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.

“Pacientes Asegurados” son las personas que tienen un seguro de salud privado o gubernamental.

“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 generalmente aceptados en el momento en que se brinda el servicio. La atención médica necesaria no incluye servicios de trasplante ni medicamentos recetados para pacientes ambulatorios.

“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 de los condados de Broward, Indian River, Martin o St. Lucie, en el estado de Florida durante al menos seis (6) meses en el momento en que se brindan los servicios o quién, de otro modo, tiene la intención de permanecer en el condado en el que los servicios médicos se buscan durante al menos seis (6) meses luego de que se brinden los servicios.

“Instalaciones del sudeste de Florida” se refiere únicamente al hospital Cleveland Clinic Weston.

“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) en los condados de Indian River, Martin o St. Lucie, cuyos beneficios de seguro no cubren la Asistencia Médica Necesaria que el paciente busca.

III. Relación con otras Políticas

A. Políticas relacionadas con la Asistencia Médica de Emergencia.De acuerdo con EMTALA, todas las instalaciones de centros de CC Florida realizarán una selección médica apropiada a cualquier individuo, sin importar su capacidad de pago, que requiera un tratamiento para atender una condición 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 CC Florida determina que el individuo atraviesa una condición médica de emergencia, CC Florida brindará los servicios necesarios, dentro de la capacidad de la instalación de CC Florida, para estabilizar la condición médica de emergencia, o realizará la derivación apropiada según define EMTALA (ver la política de EMTALA de CC Florida).

B. Cobertura de fármacos con receta. Los pacientes que necesitan asistencia con los costos de sus medicamentos recetados 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 del este central de Florida**

Los pacientes que buscan atención en las instalaciones de CC Florida del este central de Florida son elegibles para la asistencia financiera bajo esta Política en una de las siguientes categorías de elegibilidad financiera:

1. Asistencia financiera basada en el ingreso:

   a. los pacientes que son pacientes sin seguro y aquellos cuyo Ingreso Anual Familiar no excede el 400 % de los FPG.

   b. Aquellos que buscan Atención Médica de Emergencia o Atención Médica necesaria para pacientes internos o ambulatorios del hospital o servicios médicos.

   c. Aquellos que son residentes del condado de Indian River, el condado de Martin o el condado de St. Lucie.

2. Asistencia financiera por saldo catastrófico: los pacientes que poseen gastos médicos excesivos que han generado un saldo adeudado a CC Florida por los gastos incurridos por un episodio de atención mayor al 15 % del Ingreso Anual Familiar del paciente.

3. 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 los condados de Indian River, Martin o St. Lucie, y si aceptan trabajar con Cleveland Clinic para determinar si son elegibles para recibir la cobertura del programa gubernamental.

4. Medicaid y otros programas de asistencia: los pacientes sin seguro que buscan atención en una instalación del este central de Florida 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, CC Florida puede determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera en virtud de esta política antes de la selección.

5. Otros programas de asistencia: pacientes no asegurados derivados a CC desde Volunteers in Medicine (VIM) o St. Lucie County Health Access Network Inc. (HANDS) para servicios médicamente necesarios en ubicaciones contratadas.

B. **Instalaciones del sudeste de Florida**

Los pacientes que buscan atención en las instalaciones del sudeste de Florida de CC Florida son elegibles para los servicios de asistencia financiera que se proporcionan en la ubicación del hospital Cleveland Clinic Weston solo en virtud de esta Política en una de las siguientes dos categorías de elegibilidad financiera

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) que buscan Atención Médica de Emergencia y

   (iii) que son residentes del condado de Broward.

2. Asistencia financiera por saldo catastrófico: los pacientes que poseen gastos médicos excesivos que han generado un saldo deudor a CC Florida por los gastos incurridos por un episodio de atención mayor al 15 % del Ingreso Anual Familiar del paciente.

   Los pacientes que no son elegibles para la asistencia financiera pueden referirse a un proveedor asistido por impuestos.

C. **Maneras alternativas de reunir los requisitos para la asistencia.**

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

1. Circunstancias excepcionales: los pacientes que transmiten que están atravesando una dificultad personal o financiera extrema (incluso una enfermedad terminal u otra afección médica catastrófica).

2. Circunstancias médicas especiales: los pacientes que están buscando tratamiento que solo puede brindarle un equipo médico de CC Florida o que podrían beneficiarse de servicios médicos continuos de CC Florida para la continuidad de la atención médica. Los residentes de los condados de Indian River, Martin y St. Lucie que necesiten atención especializada solo disponible en CC Weston podrían ser elegibles para recibir atención bajo estas circunstancias.

Los pedidos de asistencia debido a Circunstancias excepcionales o Circunstancias médicas especiales se evaluarán caso por caso.

V. Método para solicitar

A. **Asistencia financiera basada en el ingreso**

(i) 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 para Pacientes sobre la disponibilidad de la asistencia financiera y se iniciará una Solicitud en su nombre, en caso de que él o ella califiquen para más asistencia.

(ii) 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, en la parte posterior de su declaración impresa de Cleveland Clinic, o se la puede solicitar a un Asesor Financiero para Pacientes en nuestras instalaciones o en línea en www.clevelandclinic.org/financialassistance. Si llama por servicios en Ohio, Nevada o Weston Hospital, llame a Servicios de Soporte de Primera Línea al Paciente al 866.621.6385. Si llama por servicios en Martin Memorial Medical Center, llame al 772.223.5680.

(iii) Asistencia financiera presunta en las instalaciones del sudeste central de Florida.Si Cleveland Clinic puede determinar a través de bases de datos de verificación de terceras partes que un paciente tiene un Ingreso Familiar Anual de o 400 % o menos del FPG, ese paciente se considerará elegible para la asistencia financiera sin mayor información o documentación, antes de programarlo o antes de la admisión. 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.

(iv) Si existen diferencias entre las dos fuentes de información, un representante de Cleveland Clinic puede requerir información adicional para respaldar el Ingreso Anual Familiar.

B. **Saldo catastrófico**

Mensualmente durante el proceso de facturación, Cleveland Clinic utilizará bases de datos de verificación de terceras partes para determinar si los gastos en los que se incurre exceden el 15 % del Ingreso Anual Familiar. Si es así, Cleveland Clinic asumirá que el paciente es elegible para la asistencia financiera y notificará al paciente por escrito. Si el saldo no excede el 15 % del Ingreso Anual Familiar según los datos de verificación de la tercera parte, no se asumirá que el paciente tenga un saldo catastrófico.

C. **Circunstancias excepcionales**

Cleveland Clinic iniciará una solicitud para cualquier paciente de CC Florida que se haya determinado que ha incurrido o esté en riesgo de incurrir en un saldo alto o que haya informado estar pasando por dificultades personales o financieras extremas. Cleveland Clinic recogerá información sobre las dificultades financieras o personales del paciente. Las determinaciones se realizarán por el Servicio de Soporte de Primera Línea para el Paciente (Patients First Support Services, PFSS), a cargo del Director de Finanzas de Cleveland Clinic Foundation o

su persona designada. El paciente será notificado por escrito sobre la determinación final.

D. **Circunstancias médicas especiales**

Cleveland Clinic iniciará una solicitud para cualquier paciente identificado durante el proceso de programación o admisión que se reconozca con circunstancias médicas especiales potenciales y un Asesor Financiero para Pacientes solicitará una recomendación del equipo médico de CC Florida para determinar si el paciente necesita tratamiento que solo puede brindar el equipo médico de CC Florida, o si se beneficiaría de los servicios médicos continuos de CC Florida 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. En CC Weston, el médico del CC Florida del paciente brindará una recomendación. Un comité compuesto por médicos tratantes y representantes de los directivos y administradores médicos de CC Florida toman las determinaciones sobre circunstancias médicas especiales.

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, Cleveland Clinic 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 Cleveland Clinic 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, se pedirá 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 o se envíe por correo, será remitida al equipo de Servicios de Apoyo de Primera Línea al Paciente (PFSS) para evaluación y procesamiento.

C. Proceso de determinación de la elegibilidad. El PFSS evaluará y procesará todas las Solicitudes de Asistencia Financiera. El paciente será notificado por escrito sobre la determinación. Los pacientes que reúnan los requisitos para obtener menos del 100 % de asistencia financiera (que no sean aquellos que se consideren presuntamente elegibles) recibirán un cálculo del monto adeudado por parte de un asesor financiero para pacientes y se les solicitará que acuerden pagos o paguen un 50 % de depósito antes de programar, siempre y cuando dichos acuerdos de pago nunca se exijan como condición para recibir tratamiento para la atención 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:

- Si sus ingresos familiares anuales llegan al 250 % de los FPG, recibirá atención médica gratuita.
- 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 Cleveland Clinic 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 bajo esta Política por el 100 % de los cargos no pagados y por los cargos de todos 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 CC Florida. 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. Cleveland Clinic busca determinar si un paciente es elegible para la asistencia bajo esta Política antes de o en el momento de admisión o servicio. Si un paciente no se determina elegible para la asistencia financiera antes del alta hospitalaria o servicio, Cleveland Clinic cobrará por la atención médica. Si el paciente está asegurado, Cleveland Clinic cobrará al asegurador del paciente registrado por los gastos incurridos. Luego de la adjudicación del asegurador del paciente, cualquier responsabilidad restante del paciente se cobrará directamente al paciente. Si el paciente no está asegurado, Cleveland Clinic cobrará al asegurador del paciente registrado por los gastos incurridos. Los pacientes recibirán una serie de hasta cuatro declaraciones de cobro durante un período de 120 días que comienza luego de que el paciente ha sido dado de alta hospitalaria y se enviará a la dirección en los registros del paciente. Solo los pacientes con saldo no pagado recibirán una declaración de cobro. Las declaraciones de cobro incluyen un resumen de esta Política en lenguaje sencillo y cómo solicitar asistencia financiera.

   Para pacientes que buscan atención en una instalación del este central de Florida, Cleveland Clinic también buscará proactivamente identificar a los pacientes que son elegibles para la asistencia financiera basada en el ingreso bajo 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 Cleveland Clinic de la Política luego de la admisión y comunicaciones escritas y orales con el paciente con respecto a la facturación del paciente, un esfuerzo por notificar al individuo por teléfono sobre la Política y el proceso para solicitar la asistencia al menos 30 días antes de tomar acción para iniciar una demanda legal, y una respuesta escrita para cualquier Solicitud de Asistencia Financiera para asistencia bajo esta Política enviada dentro de los 240 días de la primera declaración de cobro con respecto al saldo no pago o, si es posterior, en la fecha en que una agencia de cobro que trabaje en nombre de Cleveland Clinic devuelva el saldo no pago a la Clínica.

B. Acciones de cobro para saldos no pagos.Si el paciente tiene un saldo pendiente con Cleveland Clinic luego de que se hayan enviado cuatro declaraciones de cobro durante un período de 120 días, el saldo del paciente se transferirá a una agencia de cobro que represente a Cleveland Clinic que intentará conseguir el pago. Las agencias de cobro que representan a Cleveland Clinic 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 impago del paciente se haya transferido a la agencia de cobro. Luego de que hayan pasado al menos 120 días desde la primera declaración de cobro posterior al alta hospitalaria que muestre cargos que aún no se han pagado, y en base a cada caso en particular, Cleveland Clinic puede buscar obtener el pago a través de una demanda judicial cuando un paciente tenga un saldo no pago y no coopere con los pedidos de información o pago de Cleveland Clinic, 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 impago. 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 cumple los requisitos para la asistencia financiera.

   Un paciente sin seguro que busque programar nuevos servicios en una instalación del este central de Florida 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.

Para todos los pacientes de CC Florida, un paciente con un saldo alto pendiente que busque programar nuevos servicios podrá ser contactado por un Asistente Financiero para Pacientes que notificará al paciente sobre la Política y trabajará con el paciente para realizar acuerdos de pago, ingresar en un plan de pagos o solicitar asistencia financiera en virtud de esta Política.

C. Revisión y aprobación. Los Servicios de Soporte de Primera Línea para el Paciente (PFSS) de Cleveland Clinic tienen la autoridad de revisar y determinar si se han hechos esfuerzos razonables para evaluar si un paciente es elegible para asistencia bajo la Política de modo que comiencen las acciones de pago extraordinarias para un saldo no pago.

IX. Médicos no cubiertos por nuestra Política de Asistencia Financiera

Este central de Florida. La mayoría de los servicios brindados por los médicos que trabajan en las instalaciones de CC Florida en los condados de Indian River, Martin y St. Lucie están cubiertos por la Política de Asistencia Financiera (Financial Assistance Policy, FAP). Los médicos 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 clevelandclinic.org/financialassistance, en todos nuestros Departamentos de Emergencia y áreas de admisiones, y bajo pedido si llama al Servicio de Soporte de Primera Línea al Paciente (PFSS) o consulta a un Asistente Financiero para Pacientes de Cleveland Clinic.

Sudeste de Florida. En el hospital CC Weston, los servicios de emergencia y otros servicios determinados que los médicos empleados por el hospital prestan allí están cubiertos por la FAP. Los pocos médicos que brindan servicios en el hospital CC Weston que no están cubiertos por nuestra FAP están identificados en el **Apéndice B adjunto, en la Lista de Proveedores**, por nombre y por instalación hospitalaria en la que ejercen. **Los servicios de los consultorios médicos de CC del sudeste de Florida y los centros de salud familiar enumerados en el Apéndice B, Lista de Proveedores (incluidos Weston FHC y Braathen Center en el Campus de Weston) quedan fuera de la cobertura de la FAP.**

X. Medidas para publicitar las Políticas de Asistencia Financiera

CC Florida se compromete a difundir su Política ampliamente dentro de las comunidades a las cuales prestan servicios las instalaciones de CC Florida. Para esos fines, CC Florida 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. CC Florida 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. CC Florida 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. CC Florida 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. Cleveland Clinic 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 CC Florida.