



IS NOW PART OF



University Hospitals

## PROGRAMA DE GARANTÍA DE ATENCIÓN EN EL HOSPITAL (HCAP)

### POLÍTICA:

Lake Health participa en el Programa de Garantía de Atención en el Hospital (HCAP) de Ohio. Según HCAP, Lake Health presta servicios básicos médicamente necesarios a nivel de hospital sin cargo para las personas que califican. Debe leer esta política de HCAP para cumplir la sección 5168.14 de ORC y las reglamentaciones correspondientes.

### PROCEDIMIENTO:

#### Resumen del procedimiento de HCAP

**1. Elegibilidad.** Un paciente es elegible para HCAP si el paciente:

- No es beneficiario del programa Medicaid;
- Es residente del estado de Ohio, y
- Es beneficiario actual del programa de asistencia por discapacidad (DA), o su programa sucesor, o los ingresos individuales o familiares de la persona son iguales o menores a las Directrices Federales de Pobreza (FPG) vigentes establecidas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos y vigentes en la fecha de servicio y otorgamiento de asistencia según esta política.

Antes de enviar una solicitud para esta política, consulte el programa de Medicaid PE que ofrece Lake Health.

Grupo de médicos de Lake Health y Lake Health	Pacientes asegurados y sin seguro
Niveles de ingresos	≥100 % de los Niveles federales de pobreza (FPL)
Descuento de beneficencia	100 %

**2. Proceso de solicitud.** Los pacientes que quieran que se les considere según HCAP deben completar una solicitud, entregar prueba de ingresos, cooperar con los esfuerzos de Lake Health para establecer la elegibilidad y determinar los posibles recursos de terceros que puedan estar disponibles. Antes de que una persona pueda calificar para HCAP, la persona debe solicitar la elegibilidad según Medicaid. Lake Health procesa una solicitud de HCAP. Una vez que el paciente completa la solicitud de Medicaid, se procesará la solicitud de HCAP.

- Los pacientes deben completar una solicitud de HCAP y presentar prueba de ingresos, tamaño de la familia y elegibilidad para Medicaid. Es necesario que el paciente o el representante legal firme la solicitud. Una solicitud sin firmar puede ser aceptable si el paciente no puede firmar la solicitud físicamente o no vive cerca del hospital y no puede devolver una solicitud firmada por correo. En estas situaciones, un representante de Lake Health puede completar todas las preguntas de la solicitud, firmarla y documentar por qué el paciente no puede firmar la solicitud.
- Lake Health exige documentación de elegibilidad de ingresos adecuada. La documentación puede incluir talones de pago de nómina, estados de cuenta bancarios o una carta del empleador del solicitante. Si eso no está disponible, se puede usar una solicitud completa, firmada por el paciente o su representante autorizado, o una solicitud que un representante de Lake Health haya completado que documente claramente por qué el paciente o la persona autorizada no pudo firmar.
- Los ingresos se calcularán:
  - o Multiplicando por cuatro los ingresos de la persona o la familia, según corresponda, durante los 3 meses anteriores a la fecha en que se prestaron los servicios hospitalarios, y
  - o Usando los ingresos de la persona o la familia, según corresponda, durante los 12 meses anteriores a la fecha en que se prestaron los servicios del hospital.

Los ingresos se calcularán usando ambas metodologías y se usará el resultado que sea más beneficioso para el paciente para respaldar la elegibilidad para la atención médica gratis. Si las dos metodologías dan como resultado determinaciones de elegibilidad contradictorias, Lake Health usará la que permita que el paciente califique. Si el paciente solo puede documentar una de las metodologías, la solicitud puede ser aprobada sobre la base de la documentación disponible.

- Lake Health exige documentación de elegibilidad para los pacientes con DA. Debe tener una tarjeta DA actual. Las tarjetas DA de los meses anteriores o posteriores al mes de servicio reportado no son documentación aceptable.
- Una solicitud de HCAP se “recibe” cuando llega a la Unidad de Servicio al Cliente de Lake Health. Si cuando se recibe la solicitud está completa, se considerará “Presentada”. Si una solicitud está incompleta o se necesita más información, Lake Health notificará al solicitante y le dará un período de treinta (30) días para presentar dicha información. La solicitud se considerará “Presentada” solo si está completa, con la información adicional que se pida (si corresponde) y cuando la Unidad de Servicio al Cliente de Lake Health la haya recibido. Los solicitantes deben dejar tiempo suficiente para el envío de la solicitud por correo, ya que una solicitud no se considera “Presentada” en la fecha del sello de correos.

**3. Aviso.** Lake Health colocará avisos en las áreas de admisión, oficinas comerciales y lugares donde los pacientes pagan sus facturas y salas de emergencia, que especifiquen los derechos de los pacientes con ingresos iguales o menores a las Directrices Federales de Pobreza para recibir servicios a nivel hospitalario básicos y médicamente necesarios, en Lake Health, sin cargo para la persona.

**4. Facturación.** Lake Health puede facturar a cualquier tercero pagador que tenga la responsabilidad legal de pagar los servicios prestados según HCAP. Lake Health también puede facturar a Medicaid si la persona se convierte en beneficiaria del programa de Medicaid. Finalmente, Lake Health puede facturar los servicios a las personas, si se aplica todo lo siguiente:

- Lake Health tiene un procedimiento posterior a la facturación establecido para determinar los ingresos de la persona y cancelar los cargos si se determina que califica para los servicios según las disposiciones de esta norma, y
- La factura inicial, y al menos la primera factura de seguimiento, incluye una declaración por escrito que:
  - o Explica que las personas con ingresos iguales o menores a los Niveles federales de pobreza son elegibles para recibir servicios sin cargo;
  - o Especifica las directrices federales de pobreza para personas individuales y familias de varios tamaños en el momento en que se envía la factura, y
  - o Describe el procedimiento posterior a la facturación establecido para determinar los ingresos de la persona y cancelar los cargos si se determina que califica para los servicios. Esta declaración puede aparecer en la parte de atrás de la factura, pero también se debe hacer referencia a ella en la parte de delante de la factura.

**Directrices de HCAP:**

<b>Grupo de médicos de Lake Health y Lake Health</b>	<b>Pacientes asegurados y sin seguro</b>
Niveles de ingresos	≥100 % de los Niveles federales de pobreza (FPL)
Descuento de beneficencia	100 %