

**Política de Asistencia Financiera**

**POLÍTICA:** Columbus Regional Healthcare proporcionará niveles adecuados de atención, acordes con los recursos del centro y las necesidades de la comunidad. Columbus Regional Healthcare se compromete a ayudar a los pacientes a obtener cobertura de varios programas, así como a brindar asistencia financiera (FA) a todas las personas que necesiten tratamiento hospitalario médicamente necesario. Columbus Regional Healthcare System siempre brindará atención médica de emergencia necesaria, independientemente de la capacidad de pago del paciente. Del mismo modo, los pacientes que pueden pagar tienen la obligación de pagar y los proveedores tienen el deber de solicitar el pago a estas personas.

**OBJETIVOS:**

* Modelar los valores fundamentales de Columbus Regional Healthcare System de cuidar en todo momento.
* Para garantizar que el paciente agote otras oportunidades de cobertura apropiadas antes de calificar para la asistencia financiera de Columbus Regional Healthcare System.
* Proporcionar asistencia financiera basada en la capacidad de pago del paciente.
* Para garantizar que Columbus Regional Healthcare System cumpla con cualquier regulación federal o estatal requerida relacionada con la asistencia financiera.
* Establecer un proceso que minimice la carga para el paciente y que sea rentable de administrar.

**DEFINICIONES:**

Los términos utilizados en esta política deben interpretarse de la siguiente manera:

* Monto generalmente facturado (AGB): el monto promedio facturado a las compañías de seguros de Columbus Regional Healthcare System y Medicare por los servicios facturables prestados a los pacientes
* Deudas incobrables : Cuentas que han sido categorizadas como incobrables porque el paciente no ha podido resolver la deuda médica pendiente.
* Saldo permitido (por seguro o Medicare): El monto total de una reclamación que se determina que es pagadera por la compañía de seguros y el suscriptor después de aplicar ajustes contractuales.
* Optativos: Aquellos servicios que, en opinión de un médico, no son necesarios o pueden posponerse con seguridad.
* Atención de Emergencia: Atención inmediata que es necesaria en opinión de un médico para evitar poner en grave peligro la salud del paciente, un deterioro grave de las funciones corporales o una disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
* Ingresos financieros del hogar: Incluye los ingresos de todos los miembros del hogar, según se definen en las pautas de impuestos federales, medidos en comparación con las pautas federales anuales de pobreza, incluidos, entre otros, los siguientes:
	+ Ganancias laborales anuales de los hogares antes de impuestos
	+ Compensación por desempleo
	+ Compensación de Trabajadores
	+ Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario
	+ Pagos para veteranos
	+ Ingresos de pensión o jubilación
	+ Otros ingresos aplicables incluyen, entre otros: alquiler, pensión alimenticia, manutención de los hijos y cualquier otra fuente miscelánea
* Médicamente Necesarios: Servicios hospitalarios proporcionados a un paciente con el fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición o empeoramiento de condiciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad, o resultan en una enfermedad o dolencia general.
* Otras opciones de cobertura: Opciones que producirían un pago de terceros en la(s) cuenta(s), incluidas, entre otras: Compensación para trabajadores, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales/federales, Asistencia a las víctimas, etc., o‑responsabilidad civil de terceros como resultado de accidentes automovilísticos y/u otros.

Pautas de asistencia financiera

Escala de elegibilidad

* Se proporcionará atención caritativa completa a los pacientes sin seguro cuyos ingresos financieros del hogar sean el 200 por ciento o menos de la pauta federal de pobreza (FPG).
* Para los pacientes financieramente necesitados cuyo ingreso financiero familiar esté entre el 201 por ciento y el 400 por ciento del FPG, se proporcionarán descuentos para limitar la obligación de pago de dicho paciente al monto del saldo de la cuenta del paciente después de restar el descuento porcentual aplicable a los ingresos del hogar del FPG del paciente proporcionado en la siguiente tabla:

|  |  |
| --- | --- |
| **Descuento** | **Pautas federales de pobreza para el tamaño de la familia del año en curso** |
|  |  |
| 100% | Los ingresos familiares son de hasta el **200**%  |
| 75% | Los ingresos familiares son  **del 201%** al **300%** del FPG |
| 60% | Los ingresos familiares son  **del 301%** al **400%** de la FPG |

**Requisitos de documentación**

Para los pacientes que se determine que son presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera, no se requerirá documentación. Para los pacientes que no son presuntamente elegibles, se requiere documentación del tamaño del hogar y los ingresos para que los pacientes califiquen para la asistencia financiera bajo vías alternativas. Los documentos aceptables pueden incluir:

* Formulario 1040 más reciente del IRS
* Cheques de pago de todas las personas que trabajan en el "hogar" para los más recientes

 mes

* Estados de cuenta bancarios de los últimos tres meses

Si un paciente no presenta o no puede presentar la información descrita anteriormente, el centro puede usar otras pruebas para demostrar su elegibilidad.

Si se requiere información adicional del paciente para completar la solicitud, el centro notificará a la persona por escrito de la información que falta y proporcionará un período de tiempo razonable para que se proporcione.

*Presunción de elegibilidad*

De acuerdo con la iniciativa de Mitigación de Deuda Médica de Carolina del Norte, se harán determinaciones de elegibilidad presunta para los pacientes que son residentes de Carolina del Norte y reciben servicios hospitalarios en Columbus Regional Healthcare. Los pacientes que califican bajo ciertos programas de asistencia federales y estatales u otros criterios no basados en los ingresos se considerarán presuntamente elegibles para un ajuste de asistencia financiera del 100% y no es necesario presentar una solicitud.

La elegibilidad presunta puede basarse en los pacientes que cumplan con los criterios no relacionados con los ingresos, incluidos, entre otros:

* Cupones de alimentos. El Programa de Cupones *para Alimentos del Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de EE. UU.*
* Programas estatales de ayuda. Algunos programas estatales que no cubren las necesidades médicas están disponibles para las personas que se considera que viven en la pobreza. Columbus Regional Healthcare System puede aceptar la participación de un paciente en programas específicos como calificación para recibir asistencia financiera cuando los beneficios del seguro médico no están disponibles
* Programas Locales**.** Algunos condados ofrecen un programa de asistencia financiera diseñado para proporcionar asistencia de emergencia a corto plazo a personas que carecen de los recursos para satisfacer sus necesidades básicas de alimentos, refugio, combustible, servicios públicos, ropa, atención médica, dental, hospitalaria y entierro. El Programa de Asistencia Financiera del centro puede proporcionar asistencia para los gastos hospitalarios no cubiertos por estos programas.
* Vivienda. Las personas sin hogar califican para recibir asistencia.
* Inscripción en programas de asistencia pública con verificación de recursos, incluidos, entre otros, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).
* Incapacitación mental sin que nadie actúe en nombre del paciente.
* Inscripción en Medicaid del paciente o de un niño en su hogar
* Pacientes fallecidos. Los saldos impagos de pacientes que han fallecido sin patrimonio o parte responsable sobreviviente califican para recibir asistencia.
* Análisis demográfico. Los datos demográficos de los pacientes pueden compararse con una base de datos de terceros que utiliza información pública para identificar las condiciones de pobreza (por ejemplo, la puntuación PARO) para determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera.

Los pacientes que cumplen con los criterios de elegibilidad presunta pueden recibir asistencia financiera sin completar la solicitud de asistencia financiera u otra verificación de cumplimiento de elegibilidad. A menos que se indique lo contrario, una persona que se presume elegible bajo estos criterios presuntivos continuará siendo elegible durante el período de elegibilidad que se describe a continuación. Los pacientes mantendrán su estado hasta que se presenten a los servicios, momento en el cual se volverá a evaluar el estado del paciente.

*Proceso de Evaluación de Elegibilidad*

Con el fin de determinar el nivel apropiado de asistencia financiera para aplicar a la cuenta de un paciente, el centro llevará a cabo una de las siguientes acciones:

* Utilice un mecanismo de puntuación, con la ayuda de un proveedor externo que proporcione un perfil financiero del paciente.
* Documentar la calificación del paciente bajo otros criterios de Elegibilidad Presuntiva (descritos anteriormente) en el Formulario de Elegibilidad de Asistencia Financiera recopilado durante el proceso de registro
* Los pacientes que no cumplan con los criterios de elegibilidad presunta deberán completar una solicitud de asistencia financiera
	+ Los ingresos del hogar, tal como se definieron anteriormente, se considerarán para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia financiera

*Período de elegibilidad*

* Una persona que se presume elegible bajo estos criterios continuará siendo elegible durante seis meses después de la fecha de la aprobación inicial, a menos que se identifique información de que el estado del paciente ha cambiado y se considere que el paciente no es elegible.
* Tras la aprobación inicial, la instalación también incluirá cuentas como elegibles para recibir asistencia financiera si la primera declaración posterior al alta se envió por correo 240 días o menos a partir de la fecha de elegibilidad.
* A los pacientes se les reembolsará cualquier monto que haya pagado que exceda la responsabilidad final que se determine apropiada después de que se apliquen los ajustes de asistencia financiera.

*Población elegible*

Esta póliza es aplicable a pacientes sin seguro que son admitidos para recibir atención médica de emergencia y para cualquier atención médicamente necesaria después de una admisión de emergencia, independientemente de la ubicación de su hogar

Los pacientes con cobertura de seguro de terceros activa (incluidos los pagadores gubernamentales) seguirán las pautas del Nivel Federal de Pobreza para deducibles y copagos.

*Notificación de elegibilidad*

Después de recibir la solicitud de asistencia financiera del paciente y cualquier información financiera u otra documentación necesaria para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, se notificará al paciente de la determinación de elegibilidad del paciente de la siguiente manera:

* Servicios que no son del departamento de emergencias: antes del alta
* Servicios del departamento de emergencias: antes de la emisión de la factura del paciente

*Comunicación de la Política de Asistencia Financiera*

Columbus Regional Healthcare System comunica ampliamente la disponibilidad de la política de asistencia financiera sobre:

* Sitio web del centro (www.crhealthcare.org)
* Estados de cuenta
* Carteles colocados en lugares visibles de toda la instalación
* Materiales de entrega entregados en la inscripción y durante las entrevistas con los pacientes del Asesor Financiero.

Se pueden descargar copias completas de la Política de Asistencia Financiera desde el sitio web mencionado anteriormente o solicitando una copia por correo. La dirección física para obtener una copia de la Póliza de Asistencia Financiera y/o la solicitud se puede obtener sin costo alguno para el paciente enviando una solicitud a:

Sistema Regional de Atención Médica de Columbus

Departamento de Asesoría Financiera:

500 Calle Jefferson

Whiteville, NC 28472

(910) 642-1744

La Política y la Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles en inglés y español y en cualquier otro idioma que se considere el idioma principal de cualquier población con dominio limitado del inglés que constituya más del 5% de las 1000 personas (lo que sea menor) de la población atendida por el centro.

Participación de los médicos que trabajan en el Sistema Regional de Salud de Columbus

Una lista de los Médicos que están incluidos en esta Política de Asistencia Financiera y aquellos que no están incluidos en esta póliza se puede encontrar en el **Anexo A** de esta política, o está disponible comunicándose con:

Sistema Regional de Atención Médica de Columbus

Departamento de Asesoría Financiera:

500 Calle Jefferson

Whiteville, NC 28472

(910) 642-1744

Responsabilidades del paciente con respecto a la asistencia financiera

A menos que se haya determinado la elegibilidad presunta, antes de ser considerado para recibir asistencia financiera, el paciente/familia debe cooperar con Columbus Regional Healthcare para proporcionar información y documentación para solicitar el Programa de Asistencia Financiera, así como otros recursos financieros existentes que puedan estar disponibles para pagar la atención médica del paciente, como Medicaid, Medicare, responsabilidad civil, etc.

* Para los pacientes del Departamento de Emergencias, los pacientes asegurados y no asegurados pueden estar obligados a pagar a Columbus Regional Healthcare System en el que sea mayor (1) el monto que el paciente adeudaría en función de los descuentos porcentuales para los que califica el paciente, y (2) $35, sin exceder los costos compartidos según el plan de salud del paciente (para pacientes asegurados).
* Columbus Regional Healthcare System ofrecerá un plan de pago a pacientes con ingresos entre el 200 y el 400% del FPL, durante 36 meses con pagos mensuales que no superen el 5% de los ingresos mensuales del hogar. Se pueden ofrecer planes de pago alternativos, pero no excederán lo que se cobraría bajo el plan de ingresos de 36 meses/5%.
* Los pacientes que califican para descuentos parciales deben hacer un esfuerzo de buena fe para cumplir con los planes de pago de sus facturas de atención médica con descuento. Son responsables de comunicar al proveedor cualquier cambio en su situación financiera que pueda afectar su capacidad para pagar sus facturas de atención médica con descuento o para cumplir con las disposiciones de sus planes de pago.

**Importe generalmente facturado:**

El AGB se determina a través del "método retrospectivo" que se calcula de la siguiente manera:

1. Durante un período de 12 meses, el total de todos los saldos permitidos por el seguro y Medicare (incluidos los planes Medicare Advantage) se divide por el total de todos los cargos por esos servicios. El porcentaje se calcula al menos una vez al año.
2. El porcentaje se aplica a los 120 días después del final del período de 12 meses que Columbus Regional Healthcare utilizó para calcular el porcentaje de AGB.
3. La información sobre AGB está disponible y se puede obtener sin costo adicional enviando una solicitud a:

Sistema Regional de Atención Médica de Columbus

Departamento de Asesoría Financiera:

500 Calle Jefferson

Whiteville, NC 28472

(910) 642-1744

Información adicional

* Columbus Regional Healthcare System ha establecido una política de facturación y cobro separada que describe las acciones que se pueden tomar sobre los saldos adeudados por los pacientes. Se puede obtener una copia sin costo para el paciente enviando una solicitud a:

Sistema Regional de Atención Médica de Columbus

Departamento de Asesoría Financiera:

500 Calle Jefferson

Whiteville, NC 28472

(910) 642-1744

Aprobado por: Jeff Armstrong

Título: CFO

Fecha: 1/1/2025

**Anexo A**

**Proveedores incluidos en la póliza de asistencia financiera**

**Anestesia**

**NAPA – Anestesia** (833) 321-0101

**Socios norteamericanos en anestesia**

Contacto: Sophia Heslin, (860) 918-3125

Correo electrónico: Sheslin@napaanesthesia.com

Número de identificación fiscal: 561272769

**Cardiología**

**Novant Health Heart & Vascular Institute – Cardiología**

Contacto: Lorna Ford (910) 662-9710

Número de identificación fiscal: 86-1441258

**Proveedores de emergencia**

**SCP Health** - **Schumacher Clinical Partners**

Facturas como: **Columbus Emergency Group LLC** (888) 703-3301

Contacto: Danielle Moore – (337) 609-6735

Correo electrónico: danielle\_moore@scphealth.com; SCP-PatientRelations@scphealth.com

Número de identificación fiscal: 26-3291657

**Hospitalistas**

**Grupo Hospitalario Carolinas (CHG)**

Contacto:

Número de identificación fiscal#:

**Nefrología**

**Asociados de Nefrología del Este, PLLC**

Contacto: Angela Webb (252) 864-2045

Correo electrónico: awebb@easternnephrology.com

Número de identificación fiscal: 56-1634662

Ángela Webb

**Neurología**

**Tele-Especialistas, LLC**

Contacto: Sonseray Neufeld (239) 984-6839

Correo electrónico: sneufeld@tstelemed.com

# de identificación fiscal: 46-2964946 # de identificación fiscal de NC: 81-2473496

**Patología/Laboratorio**

**Patólogo Asociado, LLC**

**dba PathGroup**

Contacto: Martha Kaperak (855) 627-4002

Correo electrónico: mkaperak@pathgroup.com

Número de identificación fiscal#: 62-1695507

NPI: 1003863580

**Psiquiatría**

**CMC Psiquiatría y Salud Conductual**

Contacto: Daniel Wilcox (704) 512-7570

Número de identificación fiscal#: 56-1398929

**Proveedores de radiología/diagnóstico por imágenes**

**Radiología del Valle** (910) 486-5700

Contacto: Matt Flynn, Gerente de Facturación

Correo electrónico: mflynn@valleyradiologync.com

Número de identificación fiscal: 56-1348830

**Radiología Real** – Tele Radiología

Contacto: Susan Teply

402-509-9267

Número de identificación fiscal: 45-5174285

**Cuidados Intensivos Virtuales**

**Atrio – Cuidados Intensivos Virtuales**

Proyectos de ley como: **Atrium Health Myers Park Infectious Disease**

Contacto: Veronica Getz, AVP (704) 512-6640

Número de identificación fiscal#: 56-1398929