

**Política de asistencia financiera**

**POLÍTICA:** Columbus Regional Healthcare proporcionará niveles adecuados de atención, acordes con los recursos de la instalación 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 Caring 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 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 del Sistema Regional de Salud de Columbus y Medicare por los servicios facturables prestados a los pacientes
* Deuda incobrable : Cuentas que se han categorizado como incobrables porque el paciente no ha podido resolver la deuda médica pendiente.
* Saldo permitido (por el seguro o Medicare): El monto total de un reclamo que se determina que debe pagar la compañía de seguros y el suscriptor después de aplicar los ajustes contractuales.
* Electivo: Aquellos servicios que, en opinión de un médico, no son necesarios, son cosméticos o pueden posponerse de manera segura.
* 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 lo definido por las pautas fiscales federales, medido contra las pautas federales de pobreza anuales que incluyen, entre otros, lo siguiente:
	+ Ingresos laborales anuales antes de impuestos del hogar
	+ Compensación por desempleo
	+ Compensación para trabajadores
	+ Seguro Social y Seguridad de Ingreso Suplementario
	+ Pagos de veteranos
	+ Ingresos de pensión o jubilación
	+ Otros ingresos aplicables que incluyen, entre otros: alquiler, pensión alimenticia, manutención de los hijos y cualquier otra fuente miscelánea
* Médicamente necesario: Servicios hospitalarios proporcionados a un paciente para diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición o el empeoramiento de afecciones 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 enfermedades o dolencias en general.
* Otras opciones de cobertura: Opciones que producirían un pago de terceros en la(s) cuenta(s) que incluyen, entre otras: Compensación para trabajadores, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales/federales, asistencia a las víctimas, etc., o‑responsabilidad de terceros como resultado de accidentes automovilísticos y/u otros.

Pautas de asistencia financiera

Escala de elegibilidad

* Se brindará atención caritativa completa a pacientes sin seguro cuyos ingresos financieros familiares sean del 200 por ciento o menos de la pauta federal de pobreza (FPG).
* Para los pacientes con necesidades financieras cuyos ingresos financieros del hogar estén 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 porcentaje de descuento aplicable al ingreso familiar del FPG del paciente provisto 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% | El ingreso familiar es del 201% al 250% del FPG |
| 60% | El ingreso familiar es del 251% al 400% del 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 del IRS más reciente
* Recibo de pago de todas las personas que trabajan en el "hogar" para el más reciente

 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 otra evidencia para demostrar la elegibilidad.

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

*Población elegible*

Esta póliza es aplicable a pacientes sin seguro que son admitidos para atención médica de emergencia y para cualquier atención médicamente necesaria después de una admisión de emergencia que residen en Carolina del Norte.

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.

Servicios no elegibles para asistencia financiera

Los siguientes servicios no son elegibles para asistencia financiera:

* Cirugía/servicios electivos y/o estéticos
* Servicios no médicamente necesarios

*Presunta elegibilidad*

De acuerdo con la iniciativa de Mitigación de Deudas Médicas de Carolina del Norte, se tomarán determinaciones de elegibilidad presuntas para los pacientes que son residentes de Carolina del Norte y reciben servicios hospitalarios en Columbus Regional Healthcare. Los pacientes que califiquen 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 necesaria ninguna solicitud.

Los pacientes serán evaluados para determinar su presunta elegibilidad según el siguiente cronograma: Servicios que no son de emergencia antes del registro

 Servicios de emergencia: lo antes posible y antes del alta si es posible

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

* Cupones de alimentos. El Programa de Cupones de 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 asistencia financiera cuando los beneficios del seguro médico no están disponibles
* Programas locales**.** Algunos condados ofrecen un programa de asistencia financiera diseñado para brindar asistencia de emergencia a corto plazo a las 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 cargos hospitalarios no cubiertos por estos programas.
* Vivienda. Las personas sin hogar califican para recibir asistencia.
* Inscripción en programas de asistencia pública con comprobación de recursos, incluidos, entre otros, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) o el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP).
* Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente.
* Inscripción en Medicaid de un paciente o un niño en su hogar
* Pacientes fallecidos. Los saldos impagos de pacientes fallecidos sin patrimonio o parte responsable sobreviviente califican para recibir asistencia.
* Análisis demográfico. Los datos demográficos de los pacientes se pueden comparar con una base de datos de terceros que utiliza información pública para identificar las condiciones de pobreza (por ejemplo, puntaje PARO ) para determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera.

Los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad presunta pueden recibir asistencia financiera sin completar la solicitud de asistencia financiera. A menos que se indique lo contrario, una persona que se presume elegible según estos criterios presuntivos seguirá 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 reevaluará el estado del paciente.

Según los objetivos de la iniciativa de Mitigación de Deudas Médicas de Carolina del Norte, los residentes de Carolina del Norte que están inscritos activamente en Medicaid y reciben servicios en un Sistema Regional de Salud de Columbus recibirán asistencia financiera del 100% en todas las deudas médicas impagas que se remontan al 1 de enero de 2014. La revisión de dichas cuentas se llevará a cabo dentro de los 60 días posteriores al alta hospitalaria o al encuentro ambulatorio del paciente. Esto incluye cualquier deuda sujeta a un plan de pago previamente acordado por el paciente. Los pacientes serán notificados dentro de los 30 días posteriores a la reclasificación de la deuda a la atención caritativa, y las deudas perdonadas se retirarán de los informes crediticios. Quedan excluidos de dicho alivio de la deuda los servicios asociados con la cirugía estética, según lo define la Política de Cobertura Clínica de DHB.

*Proceso de evaluación de elegibilidad*

Para determinar el nivel apropiado de asistencia financiera para aplicar a la cuenta de un paciente, el centro realizará lo siguiente:

* Utilice un mecanismo de puntuación, con la ayuda de un proveedor externo que proporcione un perfil financiero del paciente.
* Documente la calificación del paciente bajo otros criterios de elegibilidad presunta (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, 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 según estos criterios seguirá siendo elegible durante los seis meses posteriores a 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 elegibles para 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 hayan pagado que exceda la responsabilidad final que se determine que es apropiada después de que se apliquen los ajustes de asistencia financiera.

*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 de emergencia: 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 en:

* Sitio web de la instalación (www.crhealthcare.org)
* Estados de cuenta
* Letreros colocados en lugares visibles en toda la instalación
* Materiales de folleto entregados en el registro y durante las entrevistas con los pacientes del asesor financiero.

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

Sistema de Salud Regional de Columbus

Departamento de Asesoría Financiera:

Calle Jefferson 500

Whiteville, Carolina del Norte 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 1000 personas (lo que sea menor) de la población atendida por la instalación.

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

Puede encontrar una lista de los médicos que están incluidos en esta Política de asistencia financiera y aquellos que no están incluidos en esta política en  **el Anexo A** de esta política, o está disponible comunicándose con:

Sistema de Salud Regional de Columbus

Departamento de Asesoría Financiera:

Calle Jefferson 500

Whiteville, Carolina del Norte 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 lo que sea mayor (1) la cantidad que el paciente adeudaría en función de los descuentos porcentuales para los que califica el paciente, y (2) $35, sin exceder los costos compartidos bajo el plan de salud del paciente (para pacientes asegurados).
* Columbus Regional Healthcare System ofrecerá un plan de pago a pacientes con ingresos entre 200-400% FPL, durante 36 meses con pagos mensuales no superiores al 5% del ingreso mensual 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.

**Monto generalmente facturado:**

El AGB se determina mediante el "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 anualmente.
2. El porcentaje se aplica antes del día 120 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 de Salud Regional de Columbus

Departamento de Asesoría Financiera:

Calle Jefferson 500

Whiteville, Carolina del Norte 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 de Salud Regional de Columbus

Departamento de Asesoría Financiera:

Calle Jefferson 500

Whiteville, Carolina del Norte 28472

(910) 642-1744

Aprobado por: Jeff Armstrong

Título: CFO

Fecha: 1/1/2025

**Anexo A**

**Proveedores incluidos en la política 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**

**Instituto Cardíaco y Vascular Novant Health – Cardiología**

Contacto: Lorna Ford (910) 662-9710

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

Identificación fiscal: 26-3291657

**Hospitalistas**

**Grupo Hospitalario Carolinas (CHG)**

Contacto:

Identificación fiscal #:

**Nefrología**

**Asociados de Nefrología del Este, PLLC**

Contacto: Angela Webb (252) 864-2045

Correo electrónico: awebb@easternnephrology.com

Identificación fiscal: 56-1634662

Ángela Webb

**Neurología**

**Tele-Especialistas, LLC**

Contacto: Sonseray Neufeld (239) 984-6839

Correo electrónico: sneufeld@tstelemed.com

Identificación fiscal #: 46-2964946 Identificación fiscal de Carolina del Norte #: 81-2473496

**Patología/Laboratorio**

**Patólogo asociado, LLC**

**dba PathGroup**

Contacto: Martha Kaperak (855) 627-4002

Correo electrónico: mkaperak@pathgroup.com

Identificación fiscal #: 62-1695507

NPI: 1003863580

**Psiquiatría**

**CMC Psiquiatría y Salud del Comportamiento**

Contacto: Daniel Wilcox (704) 512-7570

Identificación fiscal #: 56-1398929

**Proveedores de radiología / imágenes**

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

Contacto: Matt Flynn, Gerente de Facturación

Correo electrónico: mflynn@valleyradiologync.com

Identificación fiscal: 56-1348830

**Radiología Real** – Tele Radiología

Contacto: Susan Teply

402-509-9267

Número de identificación fiscal: 45-5174285

**Cuidados críticos virtuales**

**Atrio - Cuidados críticos virtuales**

Facturas como: **Atrium Health Myers Park Infectious Disease**

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

Identificación fiscal #: 56-1398929