

Title: Debt Mitigation and Presumptive Financial Assistance Spanish	Effective Date: 1/1/2025
--	---------------------------------

Propósito: El propósito de esta política es informar y guiar la toma de decisiones con respecto a la reducción de las deudas médicas y la aplicación de asistencia financiera presunta.

Alcance: Cape Fear Valley proporcionará a los pacientes aprobados un descuento en la deuda hospitalaria, de acuerdo con el proceso establecido en esta política.

Departamentos: Todos los departamentos

Palabras clave: Caridad

Definiciones:

Política: Mitigación de deudas/Asistencia financiera

Elegibilidad

Todos los residentes de North Carolina que tienen un saldo no cosmético adeudado por servicios hospitalarios son elegibles para este programa bajo las siguientes condiciones:

Elegible considerado a través de medidas presuntas

- I. La elegibilidad presunta no basada en ingresos puede otorgarse a los pacientes en función de su elegibilidad o inscripción en otros programas de asistencia pública con verificación de recursos o circunstancias de la vida, tales como:
 - Falta de vivienda o recibir atención de una clínica o refugio para personas sin hogar.
 - Incapacitación mental sin que nadie actúe en nombre del paciente.
 - Inscripción en Medicaid del paciente o de un niño en su hogar.
 - Programa de Mujeres, Infantes y Niños (WIC, por sus siglas en inglés).
 - Beneficios de SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, (anteriormente conocido como Cupones de Alimentos) como prueba de necesidad y, por lo tanto, son presuntamente elegibles).
 - Menores de 17 años de edad o menos que se consideren financieramente responsables de un niño menor de edad que haya recibido servicios en un hospital de Cape Fear Valley.
 - Menores de 17 años o menos donde Cape Fear no pudo conseguir que un padre, madre o tutor legal sea financieramente responsable de los servicios prestados al menor.
 - Elegibilidad en otros programas de asistencia estatales o locales, como Víctimas de delitos violentos.

CAPE FEAR VALLEY HEALTH SYSTEM Policy – Procedure

- II. La elegibilidad presunta basada en los ingresos se puede otorgar en función del nivel en el que el paciente se encuentra dentro de las Pautas federales de pobreza. Cape Fear Valley puede utilizar un tercero para realizar una revisión de la información disponible públicamente sobre el paciente o el garante para evaluar la necesidad financiera. En ningún caso, Cape Fear Valley o el tercero accederán al expediente de crédito del paciente o del garante.
- a. Los datos devueltos de la revisión de elegibilidad presunta constituirán documentación adecuada de la necesidad financiera en virtud de esta Política.
 - b. Si un paciente va a ser evaluado bajo el modelo de elegibilidad presunta, ocurrirá lo siguiente:
 - La evaluación no basada en los ingresos por servicios no provistos por el departamento de emergencias para pacientes asegurados y no asegurados debe completarse antes o en el momento del registro de entrada. El paciente será notificado de su elegibilidad antes del alta.
 - La evaluación no basada en los ingresos por servicios del departamento de emergencias para pacientes asegurados y no asegurados debe completarse lo antes posible, pero antes del alta, si es posible. El paciente será notificado de su elegibilidad antes de recibir una factura.
 - La evaluación basada en los ingresos para los pacientes sin seguro debe completarse antes de la asignación de deudas incobrables o después de que se hayan agotado todas las demás fuentes de elegibilidad y pago para garantizar que el paciente sea evaluado por la presunta asistencia benéfica/ financiera antes de emprender cualquier acción de cobro extraordinaria.
 - c. Si la información obtenida a través de la evaluación de elegibilidad presunta no respalda la conclusión de que el paciente califica para recibir asistencia financiera, el paciente aún puede presentar una solicitud, proporcionar la información requerida y ser considerado bajo el proceso tradicional de asistencia financiera.
- III. A partir del 1 de julio de 2025 y en adelante, la Institución evaluará a todos los pacientes que sean residentes de Carolina del Norte y estén inscritos en Medicaid por deudas médicas pasadas dentro de los 60 días posteriores al alta hospitalaria del paciente o al encuentro ambulatorio con el hospital y debe reclasificar cualquier deuda pasada como atención caritativa presumida.
- La Institución no deberá hacer publicidad sobre la política, pero debe informar al paciente inscrito en Medicaid sobre la política durante el encuentro del paciente en el hospital.
 - La Institución debe reclasificar como atención caritativa cualquier deuda pasada de pacientes inscritos en Medicaid que contacten proactivamente al hospital para preguntar sobre alivio de deudas médicas.
 - La Institución puede confirmar la inscripción del paciente en Medicaid antes de reclasificar la deuda pasada como atención caritativa.

Pautas del procedimiento:

Criterios

- IV. El Sistema de Salud de los Hospitales de Agudos descuenta los saldos de los pacientes de acuerdo con los siguientes criterios:
- a. Determinar si el procedimiento es cosmético
 - i. Si NO lo es,
 - ii. Determinar el saldo adecuado adeudado del paciente.
 - b. Paciente con seguro médico
 - i. El pago final del seguro de terceros, definiendo la contribución específica del paciente al hospital, permitió el reembolso de los servicios médicamente necesarios.
 - ii. Ocurre después de la apelación final si se trata de un caso de pago en disputa.
 - c. Paciente sin seguro médico
 - i. Saldo adeudado en la cuenta después de aplicar el Descuento de pago por cuenta propia automático.

Procedimiento para determinar la responsabilidad del paciente

- V. Antes del proceso de facturación del paciente, determinar el estado financiero del paciente como un porcentaje del Nivel federal de pobreza (FPL).

Esto se puede hacer a través de medidas electrónicas (es decir, software de procesamiento de terceros) o mediante la presentación por parte del paciente de la evaluación de impuestos final.

- a. Aplicar el nivel de FPL del paciente a la Tabla 1 para evaluar el nivel de descuento que se aplicará al saldo final del paciente, como se indica en el envío de dinero final a la cuenta utilizando el código de ajuste de mitigación de deudas médicas.
- b. Estos ajustes pueden ser modificados en el caso de una revisión retrospectiva de la cuenta que resulte en nueva información que alteraría el puntaje del FPL.
- c. Estos ajustes pueden ser solicitados por el paciente o el tutor o representante apropiado del paciente.
- d. Reducir el saldo ajustado por cualquier pago anticipado realizado por el paciente.
- e. Para los servicios del departamento de emergencias, Cape Fear Valley cobrará una tarifa de los pacientes asegurados y no asegurados que sea la mayor de (1) la cantidad que el paciente adeudaría en función de los descuentos porcentuales especificados en IV. a. o (2) \$35.00, sin exceder los costos compartidos bajo el plan de salud del paciente (para pacientes asegurados)
- f. En ningún caso habrá un ajuste total por servicios de la Sala de emergencias
- g. Proseguir al procedimiento de facturación

Tabla 1.

<i>Rango de ingresos comparado con el Nivel federal de pobreza (FPL)</i>	<i>Descuento sobre el saldo</i>
<i>0-200%</i>	<i>100%</i>
<i>201-300%</i>	<i>75%</i>
<i>301-400%</i>	<i>50%</i>
<i>401-500%</i>	<i>25%</i>

VI. Proceso de facturación y cobro

- a. Los pacientes reciben cuatro estados de cuenta: el estado de cuenta inicial se genera el día en que se establece la responsabilidad del paciente, seguido de un segundo aviso 30 días después de que se emite el estado de cuenta inicial; un tercer aviso 60 días después de que se emite el estado de cuenta inicial y el aviso final 90 días después de que se emite el estado de cuenta inicial.
- b. Los saldos de los pacientes se consideran que califican para los procesos de cobro de deudas incobrables si aplican las siguientes declaraciones:
 - i. El saldo del paciente no se paga en su totalidad.
 - ii. El saldo del paciente está pendiente 120 días a partir de la fecha de notificación de responsabilidad del paciente.
 - iii. El saldo del paciente supera los \$3.99; y
 - iv. El paciente no ha realizado los pagos de acuerdo con el plan acordado o no ha cumplido con los compromisos asumidos con el personal de RC que participa en las actividades de cobranza.
- c. Cape Fear Valley NO tomará ninguna de las siguientes acciones para cobrar la deuda o como resultado de no cobrar la deuda.
 - i. Causar el arresto de una persona.
 - ii. Hacer que una persona sea declarada en desacato civil o encarcelada.
 - iii. Ejecución hipotecaria de la propiedad inmobiliaria de una persona.
 - iv. Embargar salarios o reembolsos de impuestos estatales sobre los ingresos.
- d. En el caso de un paciente no asegurado que presente un seguro válido, el proceso de facturación se detendrá y la reclamación se volverá a presentar al seguro, reiniciando así el proceso de determinación de la responsabilidad adecuada del paciente.

VII. Proceso de inscripción en el plan de pago

- a. Los pacientes pueden solicitar ser (y serán) inscritos en un plan de pago en cualquier momento durante este proceso de cobro.
 - i. A los pacientes se les ofrecerá la oportunidad de inscribirse en un plan de pago que cumpla con los siguientes criterios:
 - ii. El pago mensual no debe ser superior al 5% de los ingresos mensuales del hogar del paciente.

CAPE FEAR VALLEY HEALTH SYSTEM Policy – Procedure

- iii. Los planes de pago no deben exceder los 36 meses de duración.
 - iv. SI Cape Fear Valley y el Paciente lo acuerdan, el plan PUEDE existir más de los 36 meses siempre y cuando el total adeudado NO sea mayor de lo que habría requerido el plan original de 36 meses.
- b. Todos los proveedores externos también deben cumplir con la solicitud.

Documentos/Pólizas relacionados: Asistencia Financiera, Deudas Incobrables y Cobros

Referencias: DHHS de North Carolina, Asamblea General de North Carolina