

POLÍTICAS

Cuentas de pacientes

Política Hospitalaria para la Mitigación de la Deuda Médica/Elegibilidad Presunta: Programa de Incentivos para el Alivio de la Deuda Médica de Carolina del Norte

Título de la póliza: Mitigación de deudas médicas/ Elegibilidad presunta

Número de póliza:

Fecha de entrada en vigor: 1 de enero de 2025

Fecha de revisión: 30 de junio de 2025

Revisado por: Whitney Chigas 11/01/2024

Coordinadora del Programa de Asistencia Financiera de Carteret Health Care

Propósito: Establecer un marco para identificar y proporcionar elegibilidad presunta para el alivio de la deuda médica a los pacientes que son residentes de Carolina del Norte. Esta política tiene como objetivo reducir la carga financiera de los pacientes elegibles y garantizar el acceso oportuno a los servicios médicos necesarios.

Alcance: Esta política se aplica a todo el personal del hospital involucrado en los servicios de atención al paciente, facturación y asistencia financiera.

Declaración de política

Carteret Health Care, de acuerdo con la Política de Mitigación de Deudas Médicas de Carolina del Norte, se compromete a prevenir la acumulación de deudas médicas a través de un proceso presuntivo para los pacientes elegibles. Esta política garantiza que los pacientes elegibles reciban un acceso a los recursos de asistencia financiera como se describe en el Programa de Incentivos para el Alivio de la Deuda Médica de N.C. (NC MDRIP). Esta política se aplica únicamente a los servicios hospitalarios para pacientes hospitalizados y ambulatorios, excluyendo los servicios profesionales o la farmacia minorista. **Para los pacientes que se determine que son presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera, no se requerirá documentación.**

Definiciones

- **Elegibilidad presunta:** Un proceso que permite a los pacientes recibir alivio de la deuda médica basado en información preliminar sobre ciertos criterios no basados en ingresos.

POLÍTICAS

- **Programa de Asistencia Financiera de CHC, también conocido como 'Charity Care':** Asistencia financiera proporcionada a pacientes elegibles para cubrir gastos médicos que no cumplen con las pautas de elegibilidad para la iniciativa MDRIP de Carolina del Norte.

Procedimientos

1. Criterios de elegibilidad

- Los pacientes deben:
 - Residentes de Carolina del Norte.
 - Responder afirmativamente a las preguntas de criterios no basados en ingresos durante el proceso de registro.

Los criterios no basados en los ingresos incluyen lo siguiente (los pacientes deben cumplir con al menos uno):

- Vivienda;
- Incapacidad mental sin que nadie actúe en nombre del paciente;
- Inscripción en Medicaid de un paciente o un niño en su hogar;
- Inscripción en otro programa de asistencia pública con verificación de recursos (incluidos, entre otros, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños, el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria).

2. Identificación y control

- Durante los encuentros con los pacientes, el personal:
 - Utilice una herramienta de detección para identificar a los pacientes elegibles.
 - Notificar a los pacientes antes del alta sobre la elegibilidad con respecto a los servicios que no son del departamento de emergencias, o para los servicios del departamento de emergencias, la notificación de la elegibilidad se realizará antes de emitir la factura al paciente.
 - **Para los servicios que no sean de emergencia, los pacientes serán examinados antes o en el registro y se les notificará los resultados antes del alta.**
 - **Para los servicios del departamento de emergencias, los pacientes serán examinados lo antes posible (antes del alta si es posible) y se les notificará los resultados antes de la emisión de una factura.**

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO: _____ FECHA: _____

APROBACIÓN ADMINISTRATIVA: _____ FECHA: _____

POLÍTICAS

3. Descuentos disponibles para pacientes elegibles

- i. Descuento del 100% para personas con ingresos inferiores al 200% del FPL.
- ii. Descuento de al menos el 75% para personas con ingresos entre el 200% y el 250% del FPL.
- iii. Descuento de al menos 50% para personas con ingresos entre 250% y 300% FPL.
- iv. Los descuentos deben aplicarse a la cantidad que el paciente debe (es decir, contabilizando las asignaciones contractuales y los pagos del seguro, si corresponde) o a la "cantidad generalmente facturada" para las personas sin seguro.¹
- v. Los descuentos deben aplicarse de manera consistente a las personas aseguradas y no aseguradas y a todos los residentes de Carolina del Norte.

4. Comunicación de asistencia financiera

- El personal informará a los pacientes de una vía alternativa que no se consideren presuntamente elegibles durante sus visitas al hospital y proporcionará materiales escritos que describan el proceso de asistencia financiera, los beneficios y alentará al paciente a solicitar el programa del hospital con la documentación descrita en la Solicitud de asistencia financiera de CHC.
- La aplicación estará disponible en múltiples formatos (e idiomas), garantizando la accesibilidad para todos los pacientes. La solicitud se puede obtener físicamente en el centro en el momento del servicio, en línea en www.carterethealth.org, alojada en la intranet de MyNet para el personal, así como una solicitud impresa por correo/correo electrónico al Coordinador del Programa de Asistencia Financiera de Carteret Health Care solicitada por correo electrónico o por teléfono.

5. Revisión de la política

- La política de asistencia financiera del hospital se revisará anualmente para incorporar los criterios y procedimientos de elegibilidad presunta.

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO: _____ FECHA: _____

APROBACIÓN ADMINISTRATIVA: _____ FECHA: _____

POLÍTICAS

6. Seguimiento y presentación de informes

- Se establecerá un sistema de seguimiento para supervisar todas las reclasificaciones y el alivio de la deuda previstos en esta política.
- Se presentarán informes periódicos a la administración para evaluar la eficacia, la funcionalidad y la aplicación de la política.

7. Formación y educación

- Todo el personal pertinente recibirá capacitación sobre esta política para garantizar una aplicación y comunicación coherentes con los pacientes.
- Se proporcionará educación continua para mantener al personal informado de cualquier cambio en los requisitos / actualizaciones de políticas de NC MDRIP, los recursos / solicitudes de asistencia financiera de CHC.

8 de la Constitución. Revisión de políticas

- Esta política se revisará anualmente o según sea necesario para garantizar que cumpla con las leyes y regulaciones aplicables y satisfaga las necesidades de nuestros pacientes.

Responsabilidades

- **Coordinador del Programa de Asistencia Financiera + Director de Cuentas del Paciente:**
Coordinador de FAP: Asegurar que el personal esté capacitado y que la política se implemente de manera efectiva. Asegúrese de que todos los materiales, formularios, solicitudes y políticas estén actualizados, sean accesibles, y mantenga abiertas las líneas de comunicación con los superiores, colegas/personal del hospital, pacientes y defensores de pacientes por igual. Director de Cuentas de PT: Apoyar los esfuerzos del Coordinador de FAP y la implementación de la política con el personal del departamento, el Director de Acceso de PT / Personal y ayudar a responsabilizar al personal inmediato de la detección / identificación.
- **Director Senior de Servicios Fiscales + Vicepresidente de Servicios Fiscales:**
Supervisar el cumplimiento del proceso de elegibilidad presunta e informar los hallazgos.
- **Todo el personal de CHC:** Comunicar a los pacientes la disponibilidad de asistencia financiera y la presunta elegibilidad.

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO: _____ FECHA: _____

APROBACIÓN ADMINISTRATIVA: _____ FECHA: _____



MANUAL DE

POLÍTICAS

PÁGINA 5 de 5

Requisitos de la Mitigación de Deudas Médicas (MDMP)

Copago de los Servicios del Departamento de Emergencias: Para los servicios del departamento de emergencias, los hospitales deben cobrar una tarifa a 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 el

MDMP (Sección 3 anterior), o (2) \$35, sin exceder el costo compartido según el plan de salud del paciente (para pacientes asegurados).

Planes de pago: Se refinaron los requisitos en torno a los planes de pago para personas con ingresos entre el 200 y el 300% del FPL para exigir que las instituciones ofrezcan un plan de pago que no exceda una duración de 36 meses con pagos mensuales que no superen el 5% del hogar mensual

Ingresos ("Plan de 36 meses/5% de ingresos"). La Institución puede ofrecer planes de pago alternativos que excedan los 36 meses, pero el monto total cobrado del paciente, incluidos el capital y los intereses, no excederá lo que se habría cobrado bajo el plan de ingresos de 36 meses/5%.

APROBACIÓN DEL DIRECTOR DEL DEPARTAMENTO: _____ FECHA: _____

APROBACIÓN ADMINISTRATIVA: _____ FECHA: _____