



Aprobado por:	JSK
Fecha de entrada en vigor:	01/01/2025

## Política de Asistencia Financiera del Departamento de Servicios Financieros para Pacientes

### Declaración de política

Carteret Health Care (CHC) considera la capacidad de cada paciente para pagar su atención médica y se compromete a tratar a todos los pacientes que tienen necesidades financieras con el mismo respeto y dignidad que se extiende a *todos los* pacientes. CHC tiene la intención de establecer procedimientos de asistencia financiera, lo que promueve la necesidad de la comunidad a la que servimos.

### Propósito

Esta política sirve para establecer y garantizar un método justo y coherente para la revisión y finalización de las solicitudes de asistencia financiera a nuestros pacientes necesitados. Esta póliza se emite de conformidad con la sección 501 (r) del código de Rentas Internas.

### Definiciones

Consulte el Apéndice A - Glosario de términos de la póliza

### Alcance

Esta política se aplica a toda la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por Carteret Health Care.

Para obtener una lista completa de los proveedores que se adhieren a esta política, consulte el apéndice B

## Directrices de política

### No discriminación

CHC ofrece un programa de asistencia financiera para mitigar las barreras financieras para recibir atención de emergencia y médicamente necesaria para pacientes elegibles,

independientemente de la edad, discapacidad, género, raza, afiliación religiosa, estado social o de inmigración, orientación sexual, origen nacional o estado de membresía del paciente . A los pacientes no se les negará la atención de emergencia o medicamento necesaria debido a un saldo pendiente o a su incapacidad de pago.

## **Elegibilidad**

Cualquier paciente que no pueda pagar la totalidad o parte de su responsabilidad financiera con CHC, ya sea que esté asegurado o no asegurado, es elegible para el programa de asistencia financiera. CHC extiende la solicitud de asistencia financiera a todos los pacientes, incluidos los empleados. Los solicitantes deben ser pacientes establecidos. No se concederán aprobaciones previas.

## **Servicios Elegibles Bajo la Política de Asistencia Financiera**

La póliza de asistencia financiera se aplica a la atención de emergencia y a la atención médicamente necesaria. No se aplica a la atención no médicamente necesaria ni a los servicios electivos.

## **Limitación de cargos**

CHC utiliza el método Look Back para calcular los montos generalmente facturados (AGB, por sus siglas en inglés) a las personas aseguradas para emergencias y otros cuidados médicamente necesarios. Para obtener detalles relacionados con el cálculo del AGB y el porcentaje aplicable actual, consulte el Apéndice C. A un paciente determinado como elegible para recibir asistencia financiera no se le puede cobrar más de (AGB) por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que se cobra a los pacientes que tienen Medicare o seguro médico privado.

## **Alivio de la deuda médica**

CHC aliviará todas las deudas médicas impagas de los pacientes que se remontan al 1 de enero de 2014 para los residentes de Carolina del Norte que actualmente están inscritos en Medicaid. A partir del 1 de julio de 2025 ya partir de entonces, CHC evaluará a todos los pacientes que sean residentes de Carolina del Norte e inscritos en Medicaid por deudas médicas pasadas dentro de los 60 días posteriores al encuentro del paciente, y deberá reclasificar cualquier deuda pasada como atención caritativa. Este alivio de la deuda no incluye los cargos relacionados con los servicios profesionales.

## **Medidas para dar a conocer el Programa de Asistencia Financiera**

La existencia de asesoramiento de asistencia financiera se publicita ampliamente en todo el campus de CHC y está disponible para todos los pacientes. La información sobre el FAP está disponible en inglés y español, de forma gratuita para el público en general y se puede obtener de las siguientes maneras:

- Electrónico Copias enlatar ser Acceder en el CHC sitio web en: <https://www.carterethealth.org/patient-resources/about-my-bill/>
- Las copias impresas también están disponibles de forma gratuita en la oficina de admisiones y en el departamento de emergencias
- En estados de cuenta/facturas.
- Del personal de CHC a petición
- Como parte del proceso de admisión y alta

## **SOLICITUD DE INGRESO AL PROGRAMA**

Para solicitar el programa de asistencia financiera, el solicitante simplemente necesita completar el Formulario de Información del Solicitante y proporcionar la documentación de respaldo solicitada según los medios de ingresos del paciente.

Las solicitudes pueden obtenerse mediante:

- Llamando al Coordinador del Programa de Asistencia Financiera de Cuentas de Pacientes de CHC, (252) 499-6517 y solicitando por correo,
- En el Portal del Paciente.

El solicitante puede enviar por correo o dejar la solicitud completa en el Departamento de Cuentas del Paciente.

## **COORDINADOR DE ASISTENCIA FINANCIERA**

El Coordinador de Asistencia Financiera será el principal punto de contacto para el programa de asistencia financiera. El Coordinador del Programa de Asistencia Financiera puede ser contactado llamando al: (252) 4996517. Los deberes del coordinador son los siguientes, pero no se limitan a:

- Ayudar a los pacientes, colegas de CHC y a la comunidad con preguntas sobre el programa de asistencia financiera, finalización de solicitudes, promociones y actualizaciones anuales de solicitudes.
- Comunicación por teléfono, correo electrónico, fax, en persona, correspondencia escrita a mano o mecanografiada.
- Devolución de llamadas rápidas.
- Actualización anual de la aplicación a todas las plataformas en línea; MyNet, sitio web de CHC, Portal del paciente.
- Distribución de la aplicación actualizada la semana pasada de diciembre para que se ponga en marcha el 1 de enero, todos los miembros de las cuentas de pacientes, incluidas las de Outsource & Advocatia, RAAB Clinic y Patient Access (todas las áreas).

- Mantener actualizada la hoja de cálculo de todos los solicitantes actuales para el año con su nombre, número de registro médico y estado de determinación de asistencia financiera.
- Todos los registros, tanto electrónicos como en papel, organizados y filtrados adecuadamente en las carpetas de UserFiles de Documentos de Asistencia Financiera, correos electrónicos y sistema de archivo en la oficina.

### **Solicitudes incompletas**

No se tienen en cuenta las solicitudes incompletas. Se notifica a los pacientes por correo o por teléfono cuando su solicitud está incompleta y se les brinda la oportunidad de enviar la documentación o información faltante dentro de los 30 días posteriores a la notificación al paciente (es decir, la fecha de envío del correo o conversación telefónica del paciente).

### **DENEGACIONES, REPETICIONES**

Si un paciente no incluye la documentación adecuada para tomar una determinación, la solicitud puede ser denegada. El solicitante será notificado por correo, y la solicitud incompleta será devuelta con una carta solicitando la documentación faltante necesaria para procesar la solicitud. El solicitante puede proporcionar documentación adicional y debe volver a presentar la solicitud completa y completa al Coordinador del Programa de Asistencia Financiera. Los pacientes pueden volver a solicitar el programa de asistencia financiera cada año calendario. Al igual que cada solicitante que se postula, el paciente debe tener una cuenta corriente con un saldo de pago propio. No se concederán aprobaciones previas.

### **CUENTAS PREVIAMENTE AJUSTADAS**

Dado que CHC permite a los pacientes volver a solicitar el programa de asistencia financiera cada año, es posible que los pacientes hayan sido aprobados por un porcentaje diferente al del año anterior. Si un paciente calificó para un porcentaje menor o igual al del año anterior, CHC no hará ningún ajuste a las cuentas ajustadas anteriormente. Si un paciente calificó para un porcentaje más alto para el año en curso que los años anteriores, CHC ajustará las cuentas reducidas previamente del paciente, la diferencia en porcentaje.

## **Proceso de revisión de elegibilidad del programa**

### **Pagadores externos**

Todas las demás vías para obtener el pago y la asistencia financiera de terceros deben agotarse antes de que cualquier paciente reciba atención caritativa. El hecho de que un solicitante no solicite un plan de salud o un programa de asistencia elegible podría resultar en la denegación de la atención caritativa.

## **PROCEDIMIENTOS DE DETECCIÓN DE MEDICAID**

Todos los solicitantes de programas de asistencia financiera deben ser evaluados para Medicaid para descartar la posible elegibilidad para programas de asistencia médica adicionales antes de recibir los beneficios de asistencia financiera patrocinados por Carteret Health Care. El paciente puede optar por hacerse la prueba en su oficina local del Departamento de Servicios Sociales o llamando al Representante de Defensa del Servicio de Detección de Medicaid de Carteret Health Care, (252) 499-6570. El paciente proporcionará una carta de denegación de Medicaid, una carta de evaluación de Medicaid o copias de las tarjetas de Medicaid actuales, *si es elegible*. Todas las cartas deben estar fechadas dentro de los últimos 90 días.

### **Documentación requerida de la solicitud**

La documentación de asistencia financiera se utilizará para verificar la información financiera en las circunstancias descritas en la Solicitud de Asistencia Financiera. Las únicas tres formas de prueba de ingresos aceptadas son: Declaración de impuestos federales 1040, Carta de adjudicación del Seguro Social o Carta de adjudicación por discapacidad. Es posible que se requiera otra documentación para cumplir con otros aspectos de la Solicitud de Asistencia Financiera.

### **Proceso de aprobación de solicitudes**

Una vez que se recibe la solicitud, el Coordinador del Programa de Asistencia Financiera la procesa y luego se envía a los Directores de Cuentas de Pacientes para que la revisen y la firmen. Una vez que la solicitud firmada ha sido devuelta al Coordinador del Programa de Asistencia Financiera, se emite una carta de aprobación por correo al paciente indicando el porcentaje para el que el paciente ha calificado.

### **Estructura de Adjudicación del Programa de Asistencia Financiera**

Carteret Health Care utiliza una escala móvil para determinar el porcentaje de descuento que se aplica al saldo del paciente elegible. El porcentaje de descuento se basa en el tamaño de la familia y el nivel de ingresos del paciente con respecto al Nivel Federal de Pobreza y oscila entre un descuento del 100% y el 40%. Véase el Apéndice D.

### **Reembolso de Sobre pago**

En el caso de que la persona haya pagado en exceso por un episodio de atención, la organización reembolsará el pago en exceso o lo aplicará a un saldo pendiente por los servicios prestados por CHC.

Todos los créditos resultantes de los pagos realizados por los pacientes, que no califiquen para un reembolso, se aplicarán a otra cuenta abierta como la primera opción para reducir los saldos impagos, particularmente aquellos que están envejecidos y/o en deudas incobrables.

## **Acción en caso de impago**

CHC no participa en Acciones Extraordinarias de Cobro (ECA, por sus siglas en inglés) y cesará todas las acciones de cobro una vez que se reciba y apruebe una solicitud.

## **Apéndice A – Glosario de términos de la póliza**

*Montos generalmente facturados:* a los efectos de esta póliza de asistencia financiera, son los montos que serían el monto total de pago esperado por los servicios prestados por el centro si el paciente tuviera cobertura de terceros. El porcentaje de los montos generalmente facturados se determina tomando la suma de los montos totales permitidos por las aseguradoras y Medicare y dividiéndolo por la suma de los cargos brutos asociados a esas reclamaciones durante un período de 12 meses.

*Asistencia financiera:* es el costo de brindar atención gratuita o con descuento a personas que no pueden pagar y por la cual CHC finalmente no espera pago. CHC puede determinar la incapacidad de pago antes o después de que se proporcionen los servicios médicamente necesarios. Esto también se conoce como Charity Care.

*Deudas incobrables :* es el costo de brindar atención a personas que pueden pero no están dispuestas a pagar la totalidad o parte de las facturas médicas de las que son responsables.

*Acciones extraordinarias de cobro:* las ECA se definen como acciones tomadas por CHC contra una persona relacionada con la obtención del pago de una factura por la atención cubierta por el FAP del centro hospitalario que:

- implican vender la deuda de un individuo a otra parte,
- implican reportar información adversa sobre un individuo a las agencias de informes de crédito del consumidor o a las agencias de crédito (colectivamente, "agencias de crédito"),
- implique diferir o negar, o exigir un pago antes de proporcionar, la atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una persona de una o más facturas por la atención prestada anteriormente cubierta por el FAP del centro hospitalario, o
- requieren un proceso legal o judicial.

*Servicios de las instalaciones :* servicios prestados por el centro de cuidados intensivos, o en la ubicación del mismo, que se facturan como parte de la factura del centro. Esto no incluye los "servicios profesionales".

*Servicios profesionales :* servicios prestados por un médico, o proveedor aprobado, que legalmente puede facturar esos servicios por separado de los servicios del centro. Estos servicios no incluyen "facility services".

*Atención de emergencia* - Atención inmediata que es necesaria para:

- Evitar poner en grave peligro la salud del paciente,
- Prevenir el deterioro grave de las funciones corporales o la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

*Servicios médicamente necesarios* - Servicios requeridos para:

- Diagnosticar o prevenir una enfermedad, lesión o afección
- evitar que una afección empeore,
- disminuir el dolor o la gravedad de una afección,
- ayudar a mejorar una afección, o
- Restaurar habilidades perdidas (rehabilitación)

*Servicios no médicamente necesarios* : servicios que son de naturaleza optativa, que no necesariamente se requieren

- diagnosticar o prevenir una enfermedad, lesión o afección,
- evitar que una afección empeore,
- disminuir el dolor o la gravedad de una afección,
- ayudar a mejorar una afección, o
- Restaurar habilidades perdidas (rehabilitación)

*Tamaño del hogar* : el número de dependientes (según las pautas del IRS) que viven en la misma casa o apartamento que el paciente y cuyas necesidades financieras son satisfechas por el paciente o el garante.

*Ingreso del hogar*: es el "ingreso bruto" sin considerar la retención de impuestos. Los ingresos del hogar incluyen ingresos de todas las fuentes, incluidos, entre otros: empleo, discapacidad, desempleo, Seguro Social, trabajo por cuenta propia, ingresos por alquiler, pensiones, regalías, pensión alimenticia, ventas de activos, etc., incluidos los ingresos ilegales o los ingresos no declarados a las autoridades fiscales.

## Apéndice B – Lista de proveedores

# Listado de proveedores de FAP:

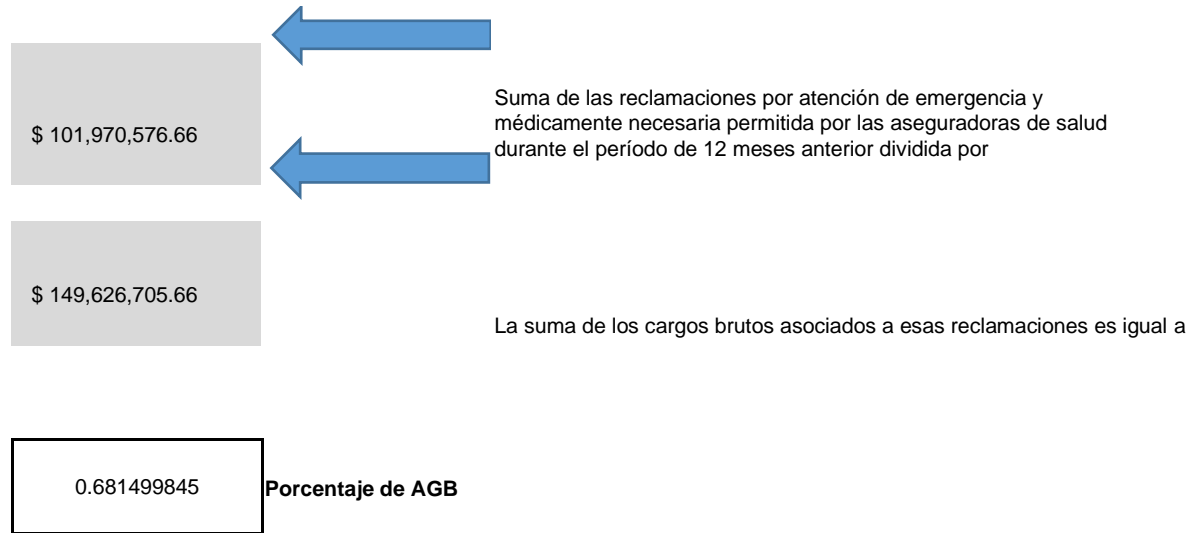
Proveedores que siguen el FAP	Los proveedores que no están obligados a seguir las FAP
-Cuidado de la salud de Carteret	-Su médico, cirujano o consultor -Soluciones de cuidados intensivos de EE. UU. -Radiología Oriental -Anestesiología Americana -Anestesiología del Sureste -Patología de Carteret

## Apéndice C – Método de Cálculo de los Montos Generalmente Facturados Porcentaje

IMPORTES FACTURADOS GENERALMENTE  
(AGB)



**Método retrospectivo**



PROVEEDORES	RECLAMACIONES	CARGOS BRUTOS	Ajuste contractual	Cantidad permitida
Medicaid		\$ 39,346,794.51	\$ 33,334,719.00	\$ 6,012,075.51
Cruz Azul		\$ 84,066,813.75	\$ 10,487,897.00	\$ 73,578,916.75
Comercial		\$ 26,213,097.40	\$ 3,833,513.00	\$ 22,379,584.40

TOTAL

---

---

## Apéndice D – Escala de Descuento de Asistencia Financiera

Pautas de pobreza 2022 para los 48 estados contiguos y el Distrito de Columbia **Familia Pobreza**

Tamaño	Nivel	125%	150%	175%	200%	225%	250%	300%
1	\$13,590	\$16,988	\$20,385	\$23,783	\$27,180	\$30,578	\$33,975	
	\$40,770							
2	\$18,310	\$22,888	\$27,465	\$32,043	\$36,620	\$41,198	\$45,775	
	\$54,930							
3	\$23,030	\$28,788	\$34,545	\$40,303	\$46,060	\$51,818	\$57,575	
	\$69,090							
4	\$27,750	\$34,688	\$41,625	\$48,563	\$55,500	\$62,438	\$69,375	
	\$83,250							
5	\$32,470	\$40,588	\$48,705	\$56,823	\$64,940	\$73,058	\$81,175	
	\$97,410							
6	\$37,190	46.488 dólares	\$55,785	\$65,083	\$74,380	83.678 dólares	\$92,975	
	\$111,570							
7	\$41,910	\$52,388	\$62,865	\$73,343	\$83,820	\$94,298	\$104,775	\$125,730
8	\$46,630	58.288 dólares	\$69,945	\$81,603	\$93,260	\$104,918	\$116,575	\$139,890

### Financiero

Asistencia %	100%	100%	100%	75%	75%	50%	50%
% de responsabilidad del paciente	0%	0%	0%	25%	25%	50%	50%
50%							

\*\* Para familias/hogares con más de 8 personas, agregue \$4,540 por cada persona adicional. Luego multiplíquelo por 1.25 para obtener el 125% de las Directrices de Pobreza (para OCS/CED)

## SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA

Carteret Health Care le extiende esta solicitud para nuestro Programa de Asistencia Financiera. Este programa se ofrece a todos los pacientes con o sin seguro médico que tienen saldos pendientes en Carteret Health Care. Complete la solicitud y devuélvala con toda la documentación de respaldo que se describe a continuación. Su solicitud será procesada para la calificación de un ajuste. El porcentaje de ajuste se basa en la información que usted proporciona en combinación con las Pautas Federales de Ingresos. Se le notificará por correo de la determinación final. **\*ESTE PROGRAMA SOLO CUBRE LAS FACTURAS DE ATENCIÓN MÉDICA DE CARTERET\*LOS SOLICITANTES DEBERÁN COMUNICARSE DIRECTAMENTE CON LOS FACTURADORES EXTERNOS\***

Localice el número que mejor describa sus medios de ingresos y proporcione **todos los documentos requeridos enumerados**. Por favor, no envíe originales de la información fiscal y financiera solicitada. Las solicitudes incompletas no serán aceptadas y serán devueltas. **Las únicas tres formas de prueba de ingresos aceptadas son: Declaración de impuestos federales 1040, Carta de adjudicación del Seguro Social o Carta de adjudicación por discapacidad.**

### 1. Paciente que presentó declaración de impuestos

- Formulario de información del solicitante del año en curso *\* Incluya la dirección postal actual, el signo y la fecha.*
- Declaración de impuestos federales sobre los ingresos del año calendario anterior y todos los anexos de respaldo enumerados en el Anexo 1, *si corresponde.*
- Evaluación de Medicaid / Carta de denegación de Medicaid, o una copia de la tarjeta de Medicaid válida

### 2. Paciente que no declaró impuestos

- Formulario de información del solicitante del año en curso *\* Incluya la dirección postal actual, el signo y la fecha.*
- La declaración firmada/notariada de no presentación de impuestos del año calendario anterior ***debe firmarse frente a un notario.***
- Carta de Verificación de No Presentación de Impuestos del IRS - *El solicitante debe completar el Formulario 4506-T, marcar la casilla #7 y enviar el formulario completo a la dirección que figura en el reverso del formulario. Luego, el IRS procesará su solicitud y le enviará directamente por correo la Carta de verificación de no presentación.*
- Comprobante de ingresos de la parte que lo apoya. Las únicas formas de ingresos aceptadas son: Declaración de impuestos federales del año calendario 1040 anterior o Carta de adjudicación del Seguro Social/Discapacidad.
- Evaluación de Medicaid/Carta de denegación de Medicaid o copia de la tarjeta válida de Medicaid

### 3. Paciente que no declaró impuestos y cobra el Seguro Social

- Formulario de información del solicitante del año en curso *\* Incluya la dirección postal actual, el signo y la fecha.*
- La declaración de no presentación de impuestos firmada / notariada ***debe firmarse frente a un notario.***

- Carta de Adjudicación de la Seguridad Social. SSA 1099 no aceptado.
- Evaluación de Medicaid/Carta de denegación de Medicaid o copia de la tarjeta válida de Medicaid

#### **4. Paciente que no declaró impuestos y cobra el Seguro Social por Discapacidad**

- Formulario de información del solicitante del año actual \* *Incluya la dirección postal actual, el signo y la fecha.*
- La declaración de no presentación de impuestos firmada / notariada ***debe firmarse frente a un notario.***
- Carta de Adjudicación por Discapacidad. Discapacidad 1099 no aceptada.

Si tiene alguna pregunta sobre la Solicitud de Asistencia Financiera, no dude en ponerse en contacto con:

Whitney Chigas Coordinadora del Programa de Asistencia Financiera Correo electrónico: [wchigas@carterethealth.org](mailto:wchigas@carterethealth.org)

Teléfono: (252) 499-6517 Una vez cumplimentada, envíe la solicitud con los documentos justificativos por correo electrónico a: [wchigas@carterethealth.org](mailto:wchigas@carterethealth.org) o por correo a: Attn: Financial Assistance Program Coordinator 3500 Arendell St. Morehead City, NC 28557