

Carolinas HealthCare System Blue Ridge

Asistencia para Cobertura y Ayuda Financiera

Fecha de Creación: 09/18/1987

Fecha de Corrección/Revisión: 07/17/2018

APLICABILIDAD:

Blue Ridge Healthcare Hospitals, Inc., HNC (Haciendo Negocios Como) Carolinas HealthCare System Blue Ridge (CHS Blue Ridge)

FILOSOFÍA/INTRODUCCIÓN:

CHS Blue Ridge proporcionará niveles apropiados de cuidados comparables con los recursos de la instalación y las necesidades de la comunidad.

POLÍTICA:

CHS Blue Ridge, se compromete en ayudar a los pacientes para obtener cobertura de varios programas, e igualmente proporciona ayuda financiera a toda persona necesitada de tratamiento médico. CHS Blue Ridge siempre proporcionará cuidado de emergencia médicamente necesaria independientemente de la capacidad del paciente para pagar. De la misma manera, los pacientes que pueden pagar tienen obligación de hacerlo y los proveedores tienen un deber de buscar que estas personas paguen.

OBJETIVOS:

- Modelar los valores fundamentales de CHS Blue Ridge de brindar cuidado en todo momento.
- Asegurar que el paciente agote otras oportunidades adecuadas de cobertura antes de calificar para ayuda financiera de CHS Blue Ridge.
- Proporcionar ayuda financiera en base a la capacidad del paciente para pagar.
- Asegurar que CHS Blue Ridge cumpla con cualquier regulación Federal o Estatal necesaria en relación a la ayuda financiera.
- Establecer un proceso que reduzca al mínimo la carga del paciente y que sea de costo eficiente para administrar.

DEFINICIONES:

Los términos utilizados dentro de esta política deben interpretarse como sigue:

- Suma generalmente cobrada (AGB, por sus siglas en inglés): La cantidad promedio cobrada a las compañías aseguradoras y Medicare por servicios proporcionados a los pacientes.
- Deuda incobrable: Cuentas que se ha determinado que son incobrables porque el paciente no ha podido resolver la deuda médica pendiente.
- Saldo permitido (por el Seguro o Medicare): La suma total de una reclamación que se determina pagable por la compañía de seguros y el asegurado después de aplicar las cantidades renegociadas y ajustadas.
- Electivos: aquellos servicios que, en la opinión de un médico, no son necesarios de forma inmediata o se pueden posponer de manera segura.
- Cuidado de emergencia: Cuidado inmediato que, en la opinión de un médico, es necesario para evitar poner la salud del paciente en peligro grave, deterioro grave a las funciones corporales o disfunción grave de órganos o partes del cuerpo.
- Ingreso financiero del hogar: Medidos en comparación a los Índices Federales de Pobreza anual, incluye pero no se limita a lo siguiente:
 - o Ganancias anuales en el trabajo antes de impuestos
 - o Compensación por Desempleo
 - o Compensación de Trabajadores
 - o Ingresos de Seguridad Social y Seguridad Suplemental
 - o Pagos de Veteranos
 - o Pensión o ingreso de jubilación
 - o Otros ingresos que aplican, pero no están limitados a: renta, pensión alimenticia, manutención de los hijos y cualquier otra fuente miscelánea.
- Medicamente necesario: Servicios hospitalarios proporcionados a un paciente con el fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir el inicio o empeoramiento de problemas que ponen su vida en peligro, causan sufrimiento o dolor, deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar una discapacidad o resultan en enfermedad o dolencia. Otras opciones de cobertura: Opciones que cederían a un tercero el pago de cuenta(s) incluido pero no limitado a: Compensación de Trabajadores, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de Agencia Estatal/Federal, Ayuda a Víctimas, etc. o responsabilidad de terceros como resultado de accidentes de automóvil y/u otros.

Pautas para ayuda financiera

Escala de elegibilidad

- El copago de la sala de Emergencias deberá ser \$75.00 para los pacientes sin seguro y que califican para cuidado de caridad.
- El cuidado de caridad se proporcionará a pacientes sin seguro cuyo Índice Financiero del Hogar (*Household Financial Income* en inglés) sea 200 por ciento o menos que los Índices Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés). El paciente es responsable por el copago de la sala de Emergencias antes de que se aplique el descuento.
- Se ofrecerán descuentos a los pacientes financieramente necesitados cuyo Ingreso Financiero del Hogar sea 201 por ciento y 400 por ciento de las FPG, para limitar

la obligación de pago por parte de tales pacientes a la cantidad del saldo de la cuenta, después de restar el porcentaje de descuento aplicable al ingreso del hogar del paciente según se ofrece en la siguiente tabla:

Descuento	Índices Federales de Pobreza, en el presente año, para el tamaño de la familia
100%	Ingreso de la familia es menos que o igual a 200% de FPG
75%	Ingreso de la familia es 201% a 300% de FPG
50%	Ingreso de la familia es 301% a 400% de FPG

Requisitos para documentación

Se necesita documentación para el tamaño y los ingresos de la familia. Los documentos aceptables pueden incluir:

- Actas de nacimiento certificadas u otros comprobantes de ciudadanía/ condición de extranjero para todas las personas que solicitan Medicaid/North Carolina Health Choice (NCHC, por sus siglas en inglés)
- Documentos de identidad de todas las personas que solicitan Medicaid/North
- Tarjeta de seguro social, número de seguro social, o un comprobante que ha solicitado para recibir un número de la Oficina de Seguro Social, de cada persona que esté solicitando recibir Medicaid o NCHC
- Copias de comprobantes de cheques de pago del último mes
- Copias de las pólizas de seguro de salud o de seguro de vida.
- Una lista de todo auto, camionetas, motocicletas, barco, etc., que usted o cualquier persona que vive en su casa poseen, especificando el año, la marca, el modelo y el número de identificación del vehículo (VIN).
- Extracto bancario más reciente
- Una lista de toda propiedad real que usted posee
- Declaración actual de su estado financiero/carta de asignación de otras fuentes de ingresos, tal como el seguro social, beneficios de jubilación, pensiones, beneficios para veteranos, manutención de niños.
- Informe policial (si aplica)
- Notificación de Cobra y documentos de facturación asociados
- Devolución de Impuestos Federales del año anterior

Si el paciente no presenta o no puede presentar la información indicada anteriormente, la instalación avisará a la persona por escrito de la información que hace falta y proporcionar un período de tiempo razonable para que sean proporcionados.

Si es necesario que el paciente presente información adicional para completar la solicitud, la instalación le avisará por escrito sobre lo que falta y le concederá un período razonable de tiempo para proporcionarla.

Elegibilidad presunta

Los pacientes que califican y están recibiendo beneficios de los siguientes programas pueden ser elegibles presuntos para el 100 por ciento de ayuda financiera:

- **Cupones de alimentos.** Programa de Cupones de alimentos del Departamento de Agricultura, Alimentos y Servicio de Nutrición de los Estados Unidos.
- **Programas Estatales de Alivio.** Algunos programas estatales que no cubren necesidades médicas están disponibles para personas consideradas viviendo en estado de pobreza. CHS Blue Ridge puede calificar a un participante para ayuda financiera en programas específicos cuando los beneficios de seguro médico no están disponibles.
- **Programas locales.** Tras verificar que se satisfacen los índices de pobreza algunos condados ofrecen un programa de ayuda financiera designado con el fin de proporcionar ayuda de emergencia por corto tiempo, a las personas que carecen de recursos para satisfacer sus necesidades básicas de alimentos, vivienda, combustible, servicios, ropas, cuidado médico, dental y hospitalario y entierro. El programa de Ayuda Financiera de la instalación puede proporcionar ayuda para costos de hospital no cubiertos por estos programas.
- **Carencia de vivienda.** Las personas que carecen de vivienda califican para ayuda.
- **Pacientes fallecidos.** Los saldos no pagados por pacientes que han fallecido sin posesiones o sobreviviente responsable califican para ayuda.
- **Datos demográficos.** La información demográfica de los pacientes podría ser comparados con base de datos de terceros usando información pública para identificar condiciones de pobreza (por ej. Puntaje PARO) para determinar elegibilidad en el programa de ayuda financiera.

Se otorga ayuda financiera sin completar la solicitud de esta ayuda a los pacientes que satisfacen el criterio de elegibilidad presunta. La documentación que apoya la calificación del paciente para participar en un programa debe obtenerse y guardarse en un archivo. A menos que se indique de otra manera, una persona elegible bajo el criterio de presunción continuará siendo elegible durante el período esbozado a continuación a no ser que el personal de la instalación, tenga razón para creer que el paciente ya no satisface el criterio de presunción.

Proceso de evaluación para elegibilidad

Con el fin de determinar el nivel apropiado de ayuda financiera para aplicar a la cuenta del paciente, la instalación ejecutará uno de los siguientes puntos:

- Utilizar un mecanismo de puntaje con la ayuda de un tercer proveedor que ofrece el perfil financiero del paciente.
- El documento de calificación del paciente bajo el criterio de Elegibilidad Presunta esbozado anteriormente en solicitud de Ayuda Financiera.
- Exigir que el paciente complete una solicitud de ayuda financiera

- o Ingreso del hogar, como se definió anteriormente, será considerado en determinar si el paciente califica para la ayuda financiera.

Período de elegibilidad

- Una persona que se presume elegible bajo este criterio permanecerá siendo elegible por seis meses a partir de la fecha de aprobación inicial, a menos que la información indique que el estado del paciente ha cambiado y se considere que el paciente no es elegible.
- Tras aprobación inicial, la instalación incluirá también las cuentas como elegibles para ayuda financiera. Si la primera declaración después de la dada de alta fue remitida 240 días o menos de la fecha de elegibilidad.
- Los pagos realizados en base a pagos personales (por ej. por el paciente o en nombre del paciente por otra persona) de una cuenta que califica, será reembolsada al pagadero. Los pagos de cualquier otra fuente (incluyendo seguros, programas de indigentes, programas de reembolsos de fármacos, u otros o programas similares o relacionados) no serán reembolsados.

Población elegible

Esta política aplica a los pacientes sin seguro quienes:

- Son ingresados para Cuidado Médico de Emergencia y para cuidado Medicamente Necesario después del ingreso en emergencia sin tener en cuenta la ubicación de su hogar.
- Son ingresados para cuidado medicamento necesario
- Los pacientes con cobertura de seguro de terceros (incluyendo pagadores gubernamentales) no son elegibles para la ayuda financiera en saldos después del seguro. Los pacientes también pueden solicitar consideración para descuentos en saldos mayores a través de la Política de Resolución por Dificultades Excepcionales (*Hardship Settlement Policy* en inglés).

Aviso de elegibilidad

Después de recibir la solicitud del paciente y cualquier información financiera u otra documentación necesaria para determinar si califica para la ayuda financiera, el paciente recibirá aviso sobre la determinación de elegibilidad dentro de un período razonable de tiempo.

Comunicación de asistencia de cobertura y política de ayuda financiera

CHS Blue Ridge comunica la asistencia de cobertura y la política de ayuda financiera disponible a todos los pacientes por medios que incluyen pero no están limitados a:

- Nuestro sitio en la red: www.blueridgehealth.org
- Todos los estados de cuentas
- Información colocada en lugares visibles a lo largo de la instalación
- Proporcionado en registración y durante entrevistas del Consejero Financiero con el paciente

- La dirección física para obtener una copia de la Asistencia de Cobertura y la Política de Ayuda Financiera y/o la solicitud, se pueden obtener sin costo para el paciente enviando un pedido a:

CHS Blue Ridge
Attn: Financial Counseling
2201 S Sterling Street
Morganton, NC 28655
(828) 580-5090

La Asistencia de Cobertura y la Política de Ayuda Financiera están disponibles en inglés, español, hmong y cualquier otro idioma considerado la lengua materna de una población con aptitud limitada para el inglés que constituya más del 5% de 1,000 personas (el que sea menor) de la población servida por la instalación.

Participación de los médicos de clínica que trabajan en CHS Blue Ridge

Una lista de médicos de clínica que se incluye en esta Asistencia de Cobertura y Política de Ayuda Financiera y también de aquellos no incluidos, está disponible llamando a nuestro Consejero Financiero al (828) 580-5090.

Responsabilidades del paciente en relación a la ayuda financiera

Si es pertinente, antes de ser considerado para ayuda financiera, el paciente/la familia debe cooperar con CHS Blue Ridge en suministrar información y documentación con el fin de solicitar el Programa de Asistencia de Cobertura y Ayuda Financiera como también otros recursos financieros que puedan estar disponibles para pagar por el cuidado de salud del paciente, tales como Medicaid, Medicare, responsabilidad de terceros, etc.

- Un paciente que califica para descuentos parciales debe cooperar con el proveedor para establecer un plan razonable de pago que toma en cuenta los ingresos disponibles, la cantidad de la(s) cuenta(s) descontada(s) y cualquier pago anterior.
- Los pacientes que califican para descuentos parciales, deben hacer un esfuerzo de buena fe para honrar los planes de pago de sus cuentas de cuidado de salud. Ellos son responsables de comunicar al proveedor, cualquier cambio en su situación financiera que pueda tener impacto en la capacidad de pagar sus cuentas de cuidado de salud, ya con descuento. Deben honrar las estipulaciones de sus planes de pago.

Servicios de Ayuda Financiera No Cubiertos

Los pacientes no califican para la ayuda financiera por:

- Servicios cosméticos por razones de vanidad, no están asociados con otras condiciones médicas, revertir una esterilización, y otros servicios no relacionados a una condición médica necesaria.
- Cuentas indicando a partes terceras involucradas (ejemplo, compensación de trabajadores, accidente de auto, responsabilidad de terceros y otros tipos de pagadores) se revisarán detalladamente y requerirán comprobante de no responsabilidad de terceros.
- Pacientes que no cumplen con los requisitos del Asesoría Financiera
- Abuso del Programa de Ayuda Financiera al solicitar procedimiento no necesario o la utilización de procedimientos innecesarios.

Suma generalmente cobrada

La suma generalmente cobrada (AGB por sus siglas en inglés) se determina mediante el "método de mirar atrás" el cual se calcula de la siguiente manera:

- Durante un periodo de 12 meses, el saldo total permitido por el seguro y Medicare (incluyendo planes de Medicare Advantage) se divide por el total de todos los cobros de dichos servicios. El porcentaje se calcula por lo menos anualmente.
- El porcentaje se aplica cerca del día 120 después del fin del período de 12 meses usado por CHS Blue Ridge para calcular el porcentaje de la AGB.
- Información sobre la AGB está disponible y puede obtenerse sin costo adicional sometiendo un pedido a:

CHS Blue Ridge
Attn: Financial Counseling
2201 S Sterling Street
Morganton, NC 28655
(828) 580-5090

Información adicional

- CHS Blue Ridge ha establecido una política separada de Facturación y Cobros la cual esboza las acciones que pueden tomarse para los saldos que deben los pacientes. Puede obtenerse una copia en nuestro sitio web www.blueridgehealth.org o sin costo para el paciente sometiendo un pedido a:

CHS Blue Ridge
Attn: Financial Counseling
2201 S Sterling Street
Morganton, NC 28655
(828) 580-5090