



POLÍTICA DE LA ORGANIZACIÓN

ASUNTO: Asistencia financiera

REVISADO: 11/12/2019

EFF. FECHA: 10/01/2016

PÁGINA: 1 de 4

PREPARADO POR: Administración

APROBADO: G. Raymond Leggett III, Presidente/Director Ejecutivo

Objetivo

Consistente con nuestra misión de proporcionar servicios de atención médica y bienestar de alta calidad para la región, y de acuerdo con la Sección 501(r)(4), (5), (6) del Código de Servicio de Rentas Internas, los proveedores cubiertos del CarolinaEast Medical Center están comprometidos a brindar asistencia financiera a todas las personas que necesitan servicios de emergencia o médicamente necesarios y tienen un ingreso familiar en o por debajo de 250% de los lineamientos federales de pobreza actuales (FPG).

Política

Los proveedores cubiertos proporcionarán, sin discriminación, atención para condiciones médicas de emergencia dentro del significado de la sección 1867 de la Ley de seguridad social (42 U.S.C. 1395dd)) para las personas independientemente de su elegibilidad para recibir asistencia financiera o capacidad de pago.

La asistencia financiera se proporciona únicamente cuando la atención se considera médicamente necesaria y sólo cuando los pacientes cumplen con los criterios de elegibilidad financiera. Las cuentas dentro de los siguientes tres 3 años de la fecha de alta llenan los requisitos para recibir asistencia financiera. Los proveedores cubiertos de CarolinaEast Medical Center pueden utilizar información financiera obtenida en los últimos seis meses desde la fecha de solicitud de asistencia financiera, a menos que exista evidencia de aumento material del ingreso familiar o la oportunidad de cobertura de tercero.

Los proveedores cubiertos ofrecen atención de caridad y atención con descuento según el tamaño, ingresos y activos de la familia. Sólo los servicios médicos proporcionados por CarolinaEast Physicians que se prestan en CarolinaEast Medical Center, Diagnostic or Surgery Centers están cubiertos bajo esta póliza.

A los pacientes que buscan asistencia se les puede pedir primero que soliciten fuentes de pago alternativas, tales como Medicaid y/u otros programas. Además, las personas sin seguro médico con medios financieros se les puede recomendar que compren un seguro médico a través del lugar del mercado público para ayudar a garantizar el acceso a la atención médica y bienestar general.

Todos los recursos de terceros deben ser agotados antes de recibir asistencia financiera. La asistencia financiera puede ser denegada o revocada el si se deniega el seguro disponible o el pago de terceros debido a una acción o falta de acción por el paciente o si se determina que un paciente proporciona información financiera inexacta, incompleta o fraudulenta.

Como mínimo, los agentes de cobro deben proporcionar notificación por escrito a los pacientes de asistencia financiera disponible en su primer estado de cuenta. Los esfuerzos de cobro serán suspendidos incluyendo cancelación de cuentas de agentes de cobro una vez que se aprueba una solicitud de asistencia financiera.

Los proveedores de CarolinaEast Medical Center y sus agentes deben abstenerse de acciones extraordinarias de cobro (ECA), antes de realizar esfuerzos razonables para determinar si un paciente llena los requisitos para recibir asistencia financiera. Las ECA no deben ocurrir antes de los 240 días siguientes a la primera factura después del alta. Antes de las ECA, se debe enviar notificación por escrito a los pacientes indicando que: está disponible asistencia financiera, identifica las ECA y establece un plazo de no antes de los 30 días después de que se proporciona la notificación.

Los proveedores de CarolinaEast Medical Center deben publicitar la Política de asistencia financiera (FAP) en las estados de cuenta del paciente proporcionando un folleto de asistencia financiera (resumen) al momento de su inscripción, que muestre de manera obvia el resumen en áreas de inscripción, proporcionando políticas

en línea, proporcionando una copia a los pacientes a solicitud y poniendo las políticas a disposición de las organizaciones caritativas.

Los proveedores de CarolinaEast Medical Center reembolsarán todas las sumas de dinero a menos que dicho monto de reembolso sea menor de \$5 pagado por los pacientes para cuentas aprobadas para recibir asistencia financiera. Los proveedores cubiertos pueden transferir dinero a cualquier saldo de paciente no incluido en la asistencia financiera aprobada.

Los proveedores de CarolinaEast Medical Center no deberán solicitar pago de deudas previas como condición para recibir servicios médicamente necesarios antes de hacer esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad potencial del paciente para recibir asistencia financiera.

Los proveedores de CarolinaEast Medical Center deben cumplir con la regulación de separación permanente del estado de Carolina del Norte. Específicamente, un paciente es responsable de sus propios gastos médicos durante el tiempo de la separación siempre no exista ningún acuerdo legal que indique lo contrario.

Cómo solicitar asistencia financiera

CarolinaEast Medical Center y sus proveedores cubiertos están dedicados a ayudar a los pacientes proporcionando consejeros financieros y en el lugar trabajadores del Departamento de servicios sociales (DSS). Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera por teléfono o visitando la Oficina de negocios del CarolinaEast Medical Center, (252) 633-8701 o personal de inscripción previa (252) 634-6824 (por servicios futuros), por correo electrónico - businessoffice@carolinaeasthealth.com, o por escrito a CarolinaEast Medical Center, P.O. Box 12157, New Bern, NC 28561. *Nota: si está solicitando asistencia financiera para servicios médicos, por favor comuníquese con la oficina directamente, (252) -633-1010, visite <http://www.carolinaeastphysicians.com> (ficha de paciente), por correo electrónico a CarolinaEast Physicians, P.O. Box 68, Pollocksville, NC 28573.*

Los pacientes o cualquier tercero puede solicitar asistencia financiera en nombre de los pacientes. Los pacientes pueden llenar la solicitud de asistencia financiera imprimiendo la solicitud que se encuentra en nuestro sitio web, <http://www.carolinaeasthealth.com/patients/financialservices/assistanceprograms/default.aspx>, y haciendo clic en Programas de asistencia.

Documentación financiera requerida

Se prefiere una declaración de renta del IRS. Sin embargo si no es necesaria una declaración de renta debido a las reglas de presentación de ingresos o boleta de pago no disponible, la declaración de sueldos (W6), declaración del Seguro Social u otros estados financieros son permitidos. La renta del año anterior es aceptable hasta el 31 de marzo del año siguiente. La fecha de la solicitud firmada para recibir asistencia determina qué renta del año se necesita. Si se sabe o sospecha que los ingresos han aumentado o disminuido materialmente en el año actual, el personal deberá evaluar el impacto cuando se procese una solicitud.

Definiciones

Activos -

Los activos se definen como propiedad, dinero, recursos, posesiones, etc. Una declaración verbal puede ser utilizada siempre que el valor neto parezca razonable con relación a los ingresos y situación financiera del paciente. Los siguientes son los límites de activos:

Hogares -

La participación de la residencia principal está exenta de consideración a menos que la participación exceda de \$100.000.

La participación de un segundo hogar no está exenta. Una denegación con base en la participación se limita a la capacidad del paciente / fiador de pedir prestado contra la participación.

Automóviles y botes -

La participación combinada de automóviles y botes debajo de \$20.000 está exenta. Se dará consideración a la capacidad del paciente para vender estos activos y la necesidad de estos activos.

Límite de efectivo -

El monto exento de efectivo o fondos disponibles a través de la venta de acciones, bonos y valores es de \$5,000.

IRA, anualidades, pólizas de seguro de vida, etc. -

Los primeros \$30.000 de activos líquidos están exentos. Las circunstancias financieras globales del paciente se tomarán en cuenta antes de la denegación de asistencia con base en la IRA, seguro o activos de jubilación.

Sin embargo, se tomará en cuenta el ingreso de tales activos.

Acciones extraordinarias de cobro (ECA) –

Un derecho de retención, embargo de sueldo, incautación de una cuenta bancaria, presentación de una demanda civil contra el paciente, o acciones que podrían poner al paciente bajo arresto. También se prohíbe el reporte de actividad adversa a las agencias de crédito o la venta de la deuda a una compañía, existen excepciones de venta con los requisitos legales. Además, cuando el pago por adelantado de los saldos vencidos se necesita como una condición antes de recibir cualquier atención médicamente necesaria posterior, la acción se considera una acción extraordinaria de cobro.

Lineamientos federales de pobreza (FPG) –

Una vez por año el Departamento de salud y servicios humanos (HHS) emite los lineamientos de pobreza. Las familias necesitan comprender dónde están en los FPG para que sepan si son elegibles no para recibir asistencia financiera.

El siguiente cuadro es efectivo para el año calendario 2019. Para las familias/grupos familiares (unidad familiar) con más de 8 personas, agregar \$,8,840 (200%) or \$11,050 (250%) por cada persona adicional.

Personas en la familia/grupo familiar	200% de lineamiento de pobreza	250% de lineamiento de pobreza
1	\$24,980	\$31,225
2	\$33,820	\$42,275
3	\$42,660	\$53,325
4	\$51,500	\$64,375
5	\$60,340	\$75,425
6	\$69,180	\$86,475
7	\$78,020	\$97,525
8	\$86,860	\$108,575

El siguiente cuadro es efectivo para el año calendario 2019. Para las familias/grupos familiares (unidad familiar) con más de 8 personas, agregar \$,8,960 (200%) or \$11,200 (250%) por cada persona adicional.

Personas en la familia/grupo familiar	200% de lineamiento de pobreza	250% de lineamiento de pobreza
1	\$25,520	\$31,900
2	\$34,480	\$43,100
3	\$43,440	\$54,300
4	\$52,400	\$65,500
5	\$61,360	\$76,700
6	\$70,320	\$87,900
7	\$79,280	\$99,100
8	\$88,240	\$110,300

Una unidad familiar consta de familiares inmediatos relacionados por matrimonio, adopción o custodia legal según lo determina las regulaciones del IRS. Un cónyuge separado que no vive en el grupo familiar se agrega a la unidad familiar únicamente si los ingresos de esta persona están incluidos. Un miembro de la familia o tercera persona que viva en el hogar que no es un dependiente del paciente o fiador no cuenta en la unidad familiar.

Proveedores de CarolinaEast Medical Center (proveedores cubiertos)–

CarolinaEast Medical Center and Rehabilitation Hospital, CarolinaEast Diagnostic and Surgery Centers, CarolinaEast Radiation Oncology and Cancer Center, CarolinaEast Cardiopulmonary Rehabilitation, Certified Registered Nurse Anesthetists, CarolinaEast Physical Medicine & Rehabilitation, CarolinaEast Physicians, CarolinaEast Home Health and Wound Center. Nota: Los servicios proporcionados por médicos de CarolinaEast no están cubiertos bajo esta póliza si se prestan en el consultorio de un médico.

Ingresos –

El ingreso familiar se define como el ingreso bruto conocido o estimado de todas las partes que se cuentan como dependiente en la declaración de renta del paciente o en la solicitud de FAP cuando una declaración de renta no está disponible. Los ingresos incluyen, pero no se limitan a pagos de sueldos (ingresos ganados), ingresos no devengados, pensión alimenticia, manutención de hijos, pensiones, anualidades, prestaciones sociales de distribuciones de IRA, cupones de alimentos, seguro social, beneficios de compensación de

trabajadores, beneficios de desempleo, reclamos o liquidaciones legales y otras fuentes de ingresos.

Atención médicamente necesaria –

Servicios de atención médica o suministros necesarios para prevenir, diagnosticar o tratar una enfermedad, lesión, afección, enfermedad, o sus síntomas y que cumplen con los estándares aceptados de la medicina. Los servicios prestados en los departamentos de pacientes hospitalizados, pacientes ambulatorios y de emergencia están incluidos. Los servicios dentales cosméticos y de rutina no se consideran médicamente necesarios.

Proveedores no cubiertos –

Los proveedores que no están cubiertos por esta póliza incluyen, pero no se limitan a, los siguientes: CarolinaEast Physicians (en cargos de oficina) que incluye Heart Center, Urology, ENT, Cardiac, Thoracic and Vascular, Surgical Specialists, Internal Medicine/ Pediatrics, Gastroenterology, Endocrinology, Neurology, Oncology & Radiation Oncology, Podiatry, Physical Medicine & Rehabilitation, Pulmonology, Rheumatology, * Emergency Medicine Physicians (USACS), * Coastal Radiology Associates * Southeast American Anesthesiology Consultants * Coastal Carolina Healthcare * Carolina Craniospinal Neurosurgery * Carolina Lithotripsy * Carolina Orthopedics & Sports Medicine * Coastal Carolina Radiation Oncology * Coastal Orthopedic & Spinal Surgery * Crystal Coast Pain Management Center * East Carolina Women's Center * Craven Pathology Associates* New Bern Surgical Associates * Sound Physicians * Ameriteam Services, LLC (también conocido como Delphi of Team Health), * Zannis Center for Plastic Surgery.

Nota: los proveedores no cubiertos son proveedores que no se detallan como proveedores cubiertos.

Presunta caridad –

Caridad de saldo completo proporcionada cuando alguna o toda la documentación financiera no está disponible o es insuficiente y existe la creencia de que el paciente califica para atención de caridad. Se puede determinar la elegibilidad de caridad presunta con base en la información disponible, incluyendo la tendencia a pagar o puntuaciones de crédito y junto con la información de ingresos escrita o verbal y el tamaño de la familia. CarolinaEast Medical Center a su discreción puede otorgar presunta caridad para ciertos servicios proporcionados a pacientes de clínica de caridad, es decir, laboratorios y farmacia. La asistencia se puede dar con o sin documentación para enfermedad catastrófica.

Asistencia financiera disponible

Atención de caridad : Atención gratuita de saldo completo está disponible para pacientes que cumplen con los criterios establecidos de la política de asistencia financiera. Por lo general, se requiere una solicitud de crédito completa y documentación financiera relevante. El límite de ingreso familiar es igual o inferior al 200% de los Lineamientos federales de pobreza actuales (FPG).

Cantidad generalmente facturada (AGB) –

Una cantidad de descuento con base en los cargos generalmente facturados a pacientes asegurados. Específicamente la FAP utilizará el método de "Mirar atrás" de los últimos 12 meses correspondiente al año fiscal de proveedores del CarolinaEast Medical Center. El cálculo de descuento se determinará por todos los reclamos pagados recibidos de Medicare y pagadores comerciales. El descuento actual es igual a 63.23%. El cálculo combina servicios de pacientes hospitalizados y ambulatorios. La AGB se aplica sólo a aquellos que califican para recibir asistencia bajo esta política sin importar si están asegurados o no. El límite de ingreso familiar está entre 201-250% de los Lineamientos federales de pobreza actual.

Planes de pago –

Cuando los pacientes son financieramente incapaces de pagar su saldo en pago completo flexible están disponibles planes con base en los ingresos y tamaño de la familia. Es posible que se requiera un depósito. Si un plan está en incumplimiento del saldo completo o pagos para llevar cuentas al día es posible que sea necesario evitar la actividad de cobros adicionales. Los proveedores cubiertos pueden delegar cuentas de auto pago a terceros como una extensión de la oficina de negocios.

Política relacionada – Política de facturación de servicios financieros del paciente y actividad de cobro <http://www.carolinaeasthealth.com/patients/financialservices/assistanceprograms/default.aspx> o comuníquese con la oficina de negocios.