



<b>TÍTULO:</b> Pautas de asistencia financiera	<b>FECHA DE ENTRADA EN VIGOR:</b> 01/01/2025
<b>DEPARTAMENTO:</b> Oficina de Negocios/Servicios Financieros para Pacientes	<b>APROBADO POR:</b> Masresha Kassa Comité de Políticas y Procedimientos
<b>REFERENCIAS:</b> Pautas de alivio de la deuda médica del Programa de Acceso y Estabilización de la Atención Médica (HASP) de Carolina del Norte. Manual de CMS Pub 15-1, Capítulo 3: Deudas incobrables, caridad y subsidios de cortesía	
<p><b>Alcance:</b>  Esta política se aplica a todas las áreas de las instalaciones responsables de determinar la elegibilidad y procesar los descuentos de asistencia financiera para pacientes con seguro insuficiente y sin seguro en LifeBrite Community Hospital of Stokes. Se alinea con los requisitos de alivio de la deuda médica del Programa de Acceso y Estabilización de la Atención Médica (HASP) de Carolina del Norte.</p> <p><b>Propósito:</b>  Definir los criterios y procedimientos para proporcionar ayuda financiera total o parcial a los pacientes elegibles que han recibido servicios médicamente necesarios en LifeBrite Community Hospital of Stokes y cumplen con los requisitos de ingresos o dificultades según las pautas de HASP</p> <p><b>Política:</b>  <b>Alcance general:</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Los pacientes deben haber recibido servicios médicamente necesarios para pacientes hospitalizados o ambulatorios para calificar para recibir asistencia financiera.</li> <li>Los pacientes asegurados con saldos pendientes después de pagos de terceros pueden ser elegibles para recibir asistencia bajo esta póliza.</li> </ol> <p><b>Retrospectivas de Medicaid y FPL</b></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>Pacientes de Medicaid: <ul style="list-style-type: none"> <li>Cualquier deuda médica impaga que se remonte al 1 de enero de 2014 para las personas actualmente inscritas en Medicaid se reclasificará como atención benéfica para el 1 de julio de 2025.</li> <li>A los pacientes que se inscriban en Medicaid y busquen ayuda de manera proactiva se les perdonará su deuda médica pasada.</li> <li>El hospital notificará dentro de los 30 días posteriores a la reclasificación de la deuda.</li> </ul> </li> <li>Retrospectivas Basadas en los Ingresos (Nivel Federal de Pobreza - FPL): <ul style="list-style-type: none"> <li>Para el 30 de junio de 2026, el hospital condonará la deuda médica incobrable a las personas con ingresos iguales o inferiores al 400% del FPL o cuando la deuda médica total supere el 5% de los ingresos anuales.</li> </ul> </li> </ol>	

- Para los pacientes con menos del 300% del FPL, cualquier plan de pago que exceda los 36 meses resultará en un alivio del saldo restante.

### **Elegibilidad presunta**

Los pacientes que cumplan con cualquiera de los siguientes criterios serán automáticamente elegibles para recibir asistencia financiera sin necesidad de una solicitud:

- Vivienda
- Incapacidad mental sin representante legal
- Inscripción en Medicaid u otro programa de asistencia pública (WIC, SNAP, etc.)
- Pacientes determinados elegibles por una clínica comunitaria bajo pautas similares basadas en los ingresos

La evaluación de la presunta elegibilidad no basada en los ingresos se completará con la notificación al paciente en los siguientes momentos:

- Servicios que no sean de emergencia: Los pacientes serán examinados antes o en el momento del registro y se les notificará los resultados antes del alta.
- 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 emitir una factura.

### **Asistencia Basada en los Ingresos y Escala Móvil**

Los pacientes que no cumplan con la elegibilidad presunta pueden calificar para recibir asistencia basada en los ingresos:

- 0-200% del FPL: 100% de condonación de deudas
- 201-250% del FPL: Saldos limitados al 3% de los ingresos anuales del hogar o al 25% del saldo del paciente, lo que sea menor.
- 251-300% del FPL: Saldos con un límite del 3% de los ingresos anuales del hogar o del 50% del saldo del paciente, lo que sea menor.
- 301-400% del FPL: Saldos limitados al 4% de los ingresos anuales del hogar.

### **Documentación requerida:**

Si no son elegibles automáticamente, los pacientes deben presentar lo siguiente:

1. Declaración de impuestos federales más reciente (o equivalente estatal)
2. Formularios W-2/1099
3. Últimos tres meses de extractos bancarios
4. Comprobante de ingresos (recibos de pago, desempleo, discapacidad)
5. Facturas médicas pendientes
6. Comprobante de residencia (facturas de servicios públicos, hipoteca o contrato de alquiler)

### **Protecciones de cobro de deudas:**

1. El hospital no hará lo siguiente:
  - Vender o transferir deudas médicas
  - Cobrar intereses sobre deudas médicas
  - Reportar deudas médicas a las agencias de crédito
  - Empezar acciones legales como gravámenes, embargos de salarios o ejecuciones hipotecarias de propiedades
  - Cualquier agencia de cobros de terceros contratada por el hospital debe cumplir con los estándares HASP y adherirse a las políticas del hospital.

### **Proceso de apelaciones:**

Los pacientes a los que se les niega la asistencia financiera pueden presentar una apelación ante el Director de Servicios Financieros para el Paciente o la Administración del Ciclo de Ingresos para su revisión. Las apelaciones deben presentarse dentro de los 30 días posteriores a la notificación de denegación.

### **Procedimiento:**

1. A los pacientes elegibles para Medicaid y la condonación de deudas de Federal Poverty Lookback se les ajustarán las cuentas y se les notificará sobre la condonación de deudas médicas de atención caritativa según la póliza.
2. Antes de que se pueda considerar una solicitud de asistencia financiera, se le puede pedir al paciente/garante que solicite Medicaid y presente una carta de denegación con la solicitud.
3. Las cuentas de pacientes de Medicare y Medicaid con doble elegibilidad deben incluir el aviso de remesa de Medicare y Medicaid como evidencia de que el paciente es doblemente elegible y califica automáticamente para una cancelación de atención para indigentes. Estos pacientes no están obligados a completar una solicitud de asistencia financiera, pero deben dar fe de que no tienen capacidad financiera para pagar.
4. Se completará una solicitud de asistencia financiera con toda la información financiera y social y se enviará al Representante de Cobranza de Cuentas del Paciente para su revisión (se puede solicitar asistencia a los Servicios Sociales)
  - a. Carta de denegación de Medicaid si lo solicita el centro o la clínica
  - b. Declaraciones de impuestos más recientes del año anterior, incluidas las W2/1099s/Anexo C
  - c. Comprobante de ingresos
    - Si trabaja, talones de cheques de pago del mes anterior
    - Si está desempleado y recibe un cheque por desempleo, proporcione un talón de cheque o una carta de determinación de compensación por desempleo
    - Si los ingresos provienen de un fondo de jubilación, pensión, propiedad de alquiler, etc., proporcione prueba de la fuente y la cantidad de ingresos recibidos (si los fondos se envían electrónicamente al banco, esto se puede usar como prueba de ingresos).
  - d. Si los ingresos han cambiado desde la última declaración de impuestos, proporcione una explicación por escrito.
  - e. Prueba de discapacidad/restricción de la orden de trabajo de los médicos.
  - f. Facturas médicas pendientes que no sean facturas en LBCH of Stokes.
  - g. Recibo de pago de alquiler o hipoteca por un mes.
  - h. Facturas; gas; eléctrico; Agua y alcantarillado
  - i. Estados de cuenta bancarios de tres meses (cheques y ahorros)
5. Después de la revisión, la solicitud completa será aprobada o denegada. También se determinarán modalidades de pago reducido.
6. La solicitud debe estar completa, incluidas las firmas, las fechas y todos los documentos aplicables adjuntos antes de que el centro o la clínica la acepte para su procesamiento. Si se recibe una solicitud incompleta, se devolverá al paciente/garante.
7. La Solicitud Financiera se devolverá a LBCH of Stokes o LifeBrite Clinics dentro de las 2 semanas.
8. La aprobación se basa en una metodología de escala móvil para la asistencia basada en los ingresos.
9. El Gerente de la Oficina de Negocios, el Coordinador de la Clínica y el Administrador del Hospital revisarán y aprobarán los ajustes de la cuenta.
10. La solicitud financiera es válida durante 6 meses después de la revisión.
11. El administrador del hospital se reserva el derecho de otorgar la aprobación de la ayuda financiera en función de circunstancias extraordinarias caso por caso.

12. El representante de servicios financieros del paciente enviará una carta al garante con una lista de las cuentas y los montos aprobados/no aprobados dentro de los 30 días posteriores a la revisión.
13. Cualquier cuenta que se demuestre que es elegible para indigentes debe colocarse en la Clase Financiera para Indigentes.

Revisado/ Revisado		3/2025 PPT						
Fecha/ Inicial	1/1/2025 MK	3/2025 PPT						