



Póliza Administrativa  
Financiera

|                       |                                                |
|-----------------------|------------------------------------------------|
| Número:               | 11486                                          |
| Fecha de Efectividad: | 04/93                                          |
| Revisado:             | 04/10, 06/13, 07/23                            |
| Revisado:             | 06/10, 07/16, 06/20, 06/21,<br>01/2025, 6/2025 |
| Propietario:          | Donna Finley                                   |
| Aprobado:             | David O'Connor                                 |
| Autorizado            | David O'Connor                                 |

## Asistencia Financiera y Póliza de Mitigación de Deudas Médicas

### ***PÓLIZA***

Esta política guía a Centro Médico Regional CaroMont y a todos los departamentos del hospital en la identificación y determinación de la responsabilidad financiera de los pacientes de bajos ingresos, sin seguro, con seguro insuficiente y/o médicamente indigentes.

### ***PROPÓSITO***

Identificar adecuadamente a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera eliminará la necesidad de esfuerzos innecesarios de facturación y cobro y ayudará a garantizar que estos pacientes reciban la atención médica necesaria que de otro modo no podrían pagar.

### ***RESPONSABILIDAD/ALCANCE***

El Departamento de Servicios Financieros para el Paciente es responsable del Programa de Asistencia Financiera del Centro Médico Regional CaroMont y de todos los departamentos del hospital.

## ***PROCEDIMIENTOS/DIRECTRICES***

### No discriminación

El Centro Médico Regional CaroMont y todos los departamentos del hospital prestarán servicios que se determinen como urgentes o médicamente necesarios por opinión médica, independientemente de la capacidad del paciente para pagar dichos servicios. La asistencia financiera está disponible para los residentes de Carolina del Norte. La determinación de la elegibilidad para la asistencia financiera se basará en los ingresos y activos del paciente y no se reducirá en función de la edad, el sexo, la raza, el credo, la discapacidad, la orientación sexual o el origen nacional.

### No más del monto generalmente facturado (AGB)

A un paciente que se determine que es elegible para recibir asistencia financiera no se le puede cobrar más que los montos generalmente facturados por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a los pacientes que tienen seguro para dicha atención.

### Capacitación/Asistencia del Personal

Los empleados involucrados en el proceso de registro, facturación y cobro de pacientes están capacitados para comprender la información básica relacionada con la política y los procedimientos del Programa de Asistencia Financiera de la organización. Los servicios de traducción y la asistencia para completar la Solicitud de Asistencia Financiera están disponibles para aquellos que no pueden hacerlo o aquellos con necesidades especiales.

### Venta de deuda médica

La deuda médica no se venderá

### Acreeedores médicos de terceros para el cobro de deudas

El Centro Médico Regional de Caromont y todos los departamentos del hospital pueden subcontratar a un tercero para administrar algunas actividades de cobro de deudas. El Centro Médico Regional de Caromont mantiene la propiedad y tanto el Centro Médico Regional de Caromont como la entidad/entidades de cobro de deudas contratadas cumplen con todos los requisitos de esta política y son aplicables a continuación para todos los residentes de Carolina del Norte:

- No causará arresto de la persona.
- No hará que una persona sea declarada en desacato civil o encarcelada.
- No ejecutará la hipoteca de los bienes inmuebles de una persona.
- No embargará salarios ni reembolsos de impuestos estatales sobre la renta.
- Proporcionará a los pacientes un aviso de 30 días o cualquier acción de cobro extraordinaria.
- Revertirá cualquier acción extraordinaria de cobro de deudas si luego se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera.
- No reportará la deuda de un paciente a una agencia de informes crediticios.

- Los informes anteriores a las agencias de informes crediticios se retirarán si se ha perdonado la deuda.
- Ninguna persona, excepto los cónyuges, será responsable de la deuda médica de ninguna otra persona mayor de 18 años.
- Un cónyuge responsable de la deuda médica de un paciente será elegible para las mismas pólizas de mitigación de deuda médica que se ofrecen al paciente.
- No iniciará acciones legales contra un paciente por ningún reclamo en el que una apelación/revisión del seguro esté pendiente dentro de los 60 días anteriores.
- Los acreedores médicos no remitirán deudas a un cobrador de deudas externo si una apelación/revisión del seguro estaba pendiente dentro de los 60 días anteriores.

## **Proceso de Aplicación**

### Asistencia financiera

Los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente pueden calificar para un descuento de asistencia financiera en función de sus ingresos anuales, el tamaño de su familia y sus bienes. Las solicitudes de Asistencia Financiera se pueden obtener llamando al 704-834-2931 o acudiendo a Servicio al Cliente dentro de la entrada del estacionamiento en el Centro Médico Regional de CaroMont en 2525 Court Drive, Gastonia, N.C. 28054 y preguntando por un Asesor Financiero. Las solicitudes completas y la documentación requerida para la consideración de la asistencia financiera deben enviarse a la misma dirección.

### Gerente de Ingresos de FinThrive

El sistema Gerente de FinThrive Revenue se puede utilizar para obtener información sobre los pacientes que están siendo considerados para recibir asistencia financiera. El Administrador de Ingresos de FinThrive se utilizará en las circunstancias descritas en el Apéndice D.

### Solicitud de Asistencia Financiera

La solicitud de Asistencia Financiera se puede utilizar para obtener información de los pacientes que han considerado para recibir asistencia financiera. La aplicación se utilizará en las circunstancias descritas en el Apéndice D.

### Cronometraje

El paciente o su representante pueden solicitar una contraprestación de asistencia financiera antes de que se presten los servicios, en el momento del servicio o después de que se presten los servicios. Sin embargo, las solicitudes recibidas 240+ días a partir de la fecha de la primera facturación posterior al alta solo se considerarán caso por caso. La documentación se puede solicitar con la solicitud de Asistencia Financiera. La falta de devolución de los documentos solicitados dentro de los 30 días posteriores a la solicitud o dentro de los 240 días a partir de la fecha de la primera facturación posterior al alta se considera incompleta y puede resultar en la denegación de asistencia financiera para los servicios.

## **Proceso de Revisión de Elegibilidad**

### Gerente de Ingresos de FinThrive

Las Respuestas del Administrador de Ingresos de FinThrive se pueden utilizar como documentación para verificar la información financiera en las circunstancias descritas en el Apéndice D.

### Documentación de Asistencia Financiera

La documentación de asistencia financiera se utilizará para verificar la información financiera en las circunstancias descritas en el Apéndice D. Los pacientes pueden usar una variedad de documentos para corroborar las circunstancias financieras, como talones de cheques de pago, formularios W-2, declaraciones de impuestos sobre la renta, declaraciones de beneficios por desempleo, declaraciones de discapacidad, estados de cuenta bancarios, etc. Si estos artículos no están disponibles, se puede aceptar una carta de apoyo de personas que satisfagan las necesidades básicas de vida del paciente.

### Pagadores externos

Todas las demás vías para obtener el pago y la asistencia financiera de terceros deben agotarse antes de que cualquier paciente reciba asistencia financiera. 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 asistencia financiera.

### Ingresos Anuales

Los ingresos se definen como todas las fuentes de ingresos (es decir, salarios, propinas, pensión alimenticia, manutención de los hijos, ingresos por desempleo, ingresos por discapacidad, ingresos de jubilación, intereses, dividendos, seguridad social, ingresos recibidos de bienes inmuebles, etc.) para todos los miembros de la familia que residen en el hogar.

## **Proceso de Aprobación**

### Descuento por Asistencia Financiera

Para calificar para servicios sin costo o a un costo reducido, el ingreso anual del hogar de un paciente debe ser igual o inferior al 300% de la Guía Federal de Pobreza para el tamaño de su familia. A un paciente aprobado para recibir asistencia financiera no se le cobrará más que los montos generalmente facturados por atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria. A los efectos de esta póliza, los AGB se definen como los montos que generalmente se facturarían a las personas que tienen un seguro que cubre el mismo servicio. La organización no facturará más de estas tarifas aplicables a los pacientes que hayan calificado para la aprobación de asistencia financiera según el Nivel Federal de Pobreza (FPL).

### **Criterios no- basados en los ingresos**

Los pacientes pueden ser considerados presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera en función de ciertos criterios no basados en los ingresos. Los pacientes deben cumplir al menos uno de los siguientes requisitos:

- Desamparados
- Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
- Inscripción en Medicaid del paciente o de un niño en el 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).

Para los pacientes que se determina que son presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera, no se requerirá documentación. CaroMont evaluará la elegibilidad presunta no basada en ingresos a través de una herramienta de búsqueda FinThrive para FPL para confirmar la elegibilidad y notificar a los pacientes de los resultados basados en los siguientes plazos:

- Servicios que no son del departamento de emergencias: evaluación antes o durante el registro y notificación antes del alta.
- Servicios del departamento de emergencias: Evaluación tan pronto como sea posible, antes del alta si es posible, y notificación antes de emitir una factura al paciente.

### **Criterios basados en los ingresos**

- Descuento del 100% para personas con ingresos iguales o inferiores al 200% del FPL.
- Descuento del 75% para personas con ingresos entre 201% y 250% FPL.
- Descuento del 50% para personas con ingresos entre el 251% y el 300% del FPL.
- Los descuentos se aplicarán a la cantidad que el paciente deba.

Para los pacientes que no son presuntamente elegibles (asistencia financiera basada en los ingresos), será necesario presentar documentación.

Excepción: Las visitas al Departamento de Emergencias, tanto para pacientes asegurados como no asegurados, estarán sujetas a un costo compartido del paciente de \$35.00, que no excederá el costo compartido según el plan de salud del paciente, incluso cuando se apruebe el 100% de asistencia financiera.

Para los residentes de Carolina del Norte con ingresos entre el 200% y el 300% del Nivel Federal de Pobreza, está disponible un plan de pago, con intereses de no más del 3%, por un plazo de no más de treinta y seis meses (36) meses con pagos mensuales no mayores del cinco por ciento (5%) de los ingresos del hogar.

### **Saldos Anteriores para Pacientes Elegibles para Medicaid**

Actualmente todos los residentes de Carolina del Norte que están inscritos en Medicaid serán evaluados por deudas médicas pasadas. Dentro de los 60 días posteriores al encuentro del paciente ya sea en un hospital o de forma ambulatoria, cualquier deuda pasada será reclasificada como atención benéfica/asistencia financiera.

#### Circunstancias atenuantes

Si el paciente no puede proporcionar información en la solicitud de Asistencia Financiera, los Servicios Financieros para el Paciente pueden, no obstante, revisar y considerar la cuenta elegible para recibir asistencia financiera.

#### Descuento por Asistencia Financiera para No Asegurados

Los pacientes sin seguro que no califican para un descuento del 100% de asistencia financiera serán elegibles para un descuento parcial de asistencia financiera para no asegurados.

#### Notificación de aprobación/denegación

Los pacientes que soliciten ser considerados para un descuento de Asistencia Financiera serán notificados por escrito dentro de los treinta (30) días hábiles posteriores a la recepción de la solicitud de Asistencia Financiera y toda la documentación de respaldo requerida para determinar si el paciente califica para recibir asistencia financiera. Si a un paciente se le niega la asistencia financiera, las razones de la denegación se proporcionarán por escrito.

#### Elegibilidad continua

Los pacientes que han sido aprobados previamente para recibir asistencia financiera pueden ser considerados elegibles para recibir asistencia financiera en visitas futuras sin tener que presentar una nueva solicitud de asistencia financiera si su situación financiera no ha cambiado. Los pacientes de Medicare pueden ser considerados elegibles dentro de los 12 meses y todos los demás pacientes dentro de los 3 meses posteriores a la fecha de servicio previamente aprobada.

#### Pacientes caducados

Se considera que los pacientes, incluidos los residentes de fuera del estado, que han fallecido, no tienen patrimonio y no tienen un cónyuge responsable no tienen ingresos a efectos de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.

#### Acuerdo con otros proveedores

No hay acuerdos formales con otros proveedores que participen en la atención de nuestros pacientes y que sigan esta política. Sin embargo, esos proveedores pueden, caso por caso, considerar que sus servicios se brindan "sin costo" o a un costo reducido si se considera elegible para recibir asistencia financiera de CaroMont.

Otros proveedores pueden incluir, entre otros:

- Médico de la sala de emergencias
- Radiólogo
- Anestesiólogo
- Patólogo

- Grupo Médico CaroMont

#### Niveles de aprobación de ajustes

A continuación, se describen los niveles de aprobación por cuenta para los descuentos de Asistencia Financiera y las Circunstancias atenuantes.

| <b>Asistencia Financiera</b> |                                                                                                        |
|------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <i>Monto del Descuento</i>   | <i>Nivel de Autorización</i>                                                                           |
| \$0 - \$24,999               | Representantes de Servicios Financieros para pacientes                                                 |
| \$25,000 - \$99,999          | Director de Servicios Comerciales Corporativos o Subgerentes de Servicios Comerciales                  |
| \$100,000+                   | Director de Servicios Comerciales Corporativos, Gestión de Acceso o director Senior, Ciclo de Ingresos |
|                              |                                                                                                        |

#### Restricciones de aprobación/ajuste

Los empleados de CaroMont Health no procesarán ni aprobarán descuentos de Asistencia Financiera para ningún familiar o amigo. Todas las cuentas que involucren a familiares o amigos deben ser elevadas inmediatamente al supervisor apropiado.

#### Información falsa

Si se descubre información fraudulenta o falsa, los descuentos de Asistencia Financiera pueden revertirse y el saldo de la cuenta pasa a ser responsabilidad del paciente y/o garante.

#### Acciones Extraordinarias de Recaudación

Los saldos serán responsabilidad financiera del paciente y/o garante, a menos que se considere elegible para recibir asistencia financiera. Si la cuenta no se paga dentro de los 180 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta posterior al alta, se puede colocar en una agencia de cobro externa. Se enviará un aviso de treinta días al paciente antes de la colocación de la agencia de cobro externa. Si un paciente califica y solicita asistencia financiera después de la colocación con una agencia de cobro externa, el proceso de acción de cobro se suspenderá a la espera de la determinación de la asistencia financiera. Para los no residentes de Carolina del Norte, otras acciones de cobro extraordinarias pueden incluir la presentación de la deuda a la agencia de crédito o el embargo de los impuestos estatales de Carolina del Sur.

Si se aprueba la asistencia financiera de un paciente después de que se inicien acciones de cobro extraordinarias, se harán todos los esfuerzos razonables para revertir cualquier efecto negativo de la acción.

Los pagos del paciente realizados antes de la aprobación de la asistencia financiera pueden

ser reembolsados al paciente y/o al garante si los servicios se consideraron médicamente necesarios y el pago es mayor de lo que el paciente adeudaría después de la aprobación de la asistencia financiera.

## ***DEFINICIONES***

- "Asistencia financiera" se refiere a los servicios de diagnóstico y tratamiento médico para pacientes hospitalizados y ambulatorios proporcionados sin costo o a costo reducido para pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que no pueden pagar la atención de acuerdo con las pautas establecidas de la organización.
- "Deuda incobrable" se refiere a los gastos resultantes del tratamiento de los servicios prestados a un paciente que, teniendo los recursos financieros para pagar los servicios de atención médica, ha demostrado con sus acciones una falta de voluntad para cumplir con los acuerdos contractuales para resolver la factura de dichos servicios.
- "Médicamente necesario" se refiere a los Servicios o Suministros: (a) proporcionados para el diagnóstico, tratamiento, cura o alivio de una condición de salud, enfermedad, lesión o dolencia, no con fines experimentales, de investigación o cosméticos; (b) necesario y apropiado para el diagnóstico, tratamiento, cura o alivio de una condición de salud, enfermedad, lesión, dolencia o sus síntomas; (c) dentro de los estándares generalmente aceptados de atención médica en la comunidad; (d) no únicamente para la conveniencia del paciente o de la familia del paciente, y; (e) según lo determine un equipo médico.
- Gerente de FinThrive Revenue es un sistema de software que proporciona información confidencial del paciente que incluye, entre otros, puntajes de crédito, estimación de ingresos familiares, líneas de crédito disponibles y estado de las deudas pendientes. La información se obtiene de TransUnion, que es una de las tres principales agencias de informes crediticios.

## ***REFERENCIAS***

No aplican.

## LISTADO DE PROVEEDORES DE PÓLIZA DE ASISTENCIA FINANCIERA

| Proveedores que siguen el PAF              | Proveedores no obligados a seguir el PAF       | Discrecional                                                                                    |
|--------------------------------------------|------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CaroMont Regional Medical Center           | Gastonia Physician Services, LLC               | All CaroMont Health providers which includes primary care, specialty, and urgent care practices |
| CaroMont Regional Medical Center - Belmont | Gaston Radiology                               |                                                                                                 |
| CaroMont Imaging Services                  | Gaston Anesthesia                              |                                                                                                 |
| CaroMont Wound Center                      | Pediatric                                      |                                                                                                 |
| CaroMont Integrated Pain Specialists       | GEMS (Gaston Emergency Medical Services)       |                                                                                                 |
| CaroMont Mount Holly Emergency Department  | OrthoCarolina                                  |                                                                                                 |
|                                            | Carolina Orthopedics & Sports Medicine         |                                                                                                 |
|                                            | Carolina Urology                               |                                                                                                 |
|                                            | Neuroscience and Spine Center of the Carolinas |                                                                                                 |
|                                            | Carolina Neurosurgery and Spine Associates     |                                                                                                 |



Fecha

Estimado/a,

Gracias por elegir CaroMont Health para sus necesidades médicas. Su Solicitud de Asistencia Financiera para servicios de atención médica ha sido recibida. Su cooperación y diligencia en proporcionar la documentación apropiada nos ha permitido determinar su elegibilidad para nuestro Programa de Asistencia Financiera.

Según nuestra revisión de su solicitud, usted es elegible para recibir asistencia por un monto de \$\_\_\_\_\_.

Sinceramente,

Nombre del representante

Consejero Financiero

|                    |                |                      |                     |
|--------------------|----------------|----------------------|---------------------|
| Nombre de PT _____ | Cuenta # _____ | Caridad por \$ _____ | PT balance \$ _____ |
| Nombre de PT _____ | Cuenta # _____ | Caridad por \$ _____ | PT balance \$ _____ |
| Nombre de PT _____ | Cuenta # _____ | Caridad por \$ _____ | PT balance \$ _____ |
| Nombre de PT _____ | Cuenta # _____ | Caridad por \$ _____ | PT balance \$ _____ |



Fecha

Estimado/a,

Gracias por elegir CaroMont Health para sus necesidades médicas. Su Solicitud de Asistencia Financiera para servicios de atención médica ha sido recibida. Después de revisar los documentos proporcionados, encontramos que usted no cumple con los criterios de elegibilidad para recibir asistencia financiera.

Tenga en cuenta que la decisión de denegación se basó en las siguientes razones:

Si cree que tiene información adicional y desea que revisemos nuestra decisión, tiene 30 días para pedirnos que reconsideremos esta denegación.

Comuníquese con la Oficina de Servicios Comerciales al 704-834-2931 y hable con un asesor financiero para realizar el pago, para discutir el acuerdo de pago o para solicitar que se reconsidere esta decisión.

Sinceramente,

Nombre del representante  
Consejero Financiero

Apéndice D  
Centro Médico Regional CaroMont/Cirugía Especializada CaroMont/Endoscopia CaroMont  
Requisitos de información y documentos de atención caritativa

| Categoría                    | Criterio<br>(Cumple con todos dentro de cada categoría)                                                                                                                   | Información                                                          | Documentación                                           | Cancelar<br>Códigos        |
|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------|
| Gerente de FinThrive Revenue | 1) Residente de Carolina del Norte<br>2) El gerente de Revenue estima ingresos @ 200%<br>O menos del FPG                                                                  | Gerente de FinThrive Revenue                                         | Gerente de FinThrive Revenue                            | 500124 (I)<br>9500088 (E)  |
| Regular                      | 1) Residente de Carolina del Norte<br>2) Ingreso del Paciente @ 300% o menos del FPG                                                                                      | Aplicación de Asistencia Financiera de FinThrive                     | Gerente de FinThrive Revenue y/o Documentos Financieros | 500108 (I)<br>95001889 (E) |
| Circunstancias Atenuantes    | 1) Circunstancias atenuantes determinadas por la Administración                                                                                                           | Gerente de FinThrive Revenue y/o Aplicacion de Asistencia Financiera | Gerente de FinThrive Revenue y/o Documentos Financieros | 500116 (I)<br>9500089 (E)  |
| Fallecido                    | 1) Paciente ha fallecido<br>2) No se ha presentado ninguna sucesión<br>3) Ningún cónyuge responsable sobrevive<br>4) Incluye a los residentes fuera de Carolina del Norte | Gerente de FinThrive Revenue                                         | Gerente de FinThrive Revenue y/o Documentos Financieros | 500140 (I)<br>9500087 (E)  |

CaroMont Health se reserva el derecho de solicitar documentos financieros de cualquier paciente que busque asistencia financiera y que no califique según los criterios de evaluación.

Actualizado: enero de 2025