

Carolinas HealthCare System

Política de Asistencia para Cobertura y Ayuda Financiera del Hospital

<i>Creada:</i>	10/1/2013	<i>Versión Aprobada:</i>	5/11/2015
		<i>Revisada:</i>	2/9/2016

Objetivo

La Política de Asistencia para Cobertura y Ayuda Financiera del Hospital (CAFA, por sus siglas en inglés) apoya el objetivo de Carolinas HealthCare System (CHS, por sus siglas en inglés) de proporcionar niveles adecuados de cuidado de caridad, correspondientes a los recursos de CHS y las necesidades de la comunidad. CHS está comprometido en ayudar a los pacientes para obtener cobertura de varios programas, e igualmente proporciona ayuda financiera (FA por sus siglas en inglés) a toda persona necesitada de tratamiento médico hospitalario, ambulatorio o tratamiento de emergencia. CHS siempre proporcionará cuidado de emergencia médicamente necesaria sin tener en cuenta la capacidad del paciente para pagar.

Esta política aplica a los servicios hospitalarios recibidos en las siguientes instalaciones de CHS:

- Carolinas HealthCare System Anson
- Carolinas HealthCare System Behavioral Health – Charlotte
- Carolinas HealthCare System Behavioral Health - Davidson
- Carolinas HealthCare System Cleveland
- Carolinas HealthCare System Kings Mountain
- Carolinas HealthCare System Lincoln
- Carolinas HealthCare System NorthEast
- Carolinas HealthCare System Pineville
- Carolinas HealthCare System Stanly
- Carolinas HealthCare System Union
- Carolinas HealthCare System University
- Carolinas Medical Center
- Carolinas Medical Center – Mercy
- Carolinas Rehabilitation
- Levine Children’s Hospital

CHS tiene los siguientes cinco objetivos cuando proporciona Asistencia para Cobertura y Ayuda Financiera a los pacientes:

- **Modelar en todo momento los valores fundamentales de CHS de brindar “Atención.”**
- **Asegurar que el paciente agote otras oportunidades adecuadas de cobertura antes de calificar para la ayuda financiera de CHS.**
- **Proporcionar ayuda financiera en base a la capacidad del paciente para pagar.**
- **Asegurar que CHS 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:



1. Escala Móvil de la Clínica: Un programa que le permite a los pacientes indigentes del Condado de Mecklenburg a utilizar los servicios de paciente ambulatorio para copago en base a sus ingresos.
2. Electivos: Aquellos servicios que, en opinión de un médico, no son médicamente necesarios o se pueden posponer de manera segura.
3. Cuidados de emergencia: Cuidado inmediato que es necesario según la opinión de un médico para evitar poner la salud del paciente en grave peligro, el deterioro grave de las funciones corporales o la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo.
4. Puntuación para Ayuda Financiera (FAS): Es la puntuación desarrollada con la ayuda de proveedores terceros que proporciona un mecanismo proactivo, consistente y automatizado para justificar el perfil financiero del paciente.
 - La puntuación FAS no es una puntuación crediticia.
 - La puntuación FAS depende de varias bases de datos que cuenta con más de 9,000 fuentes y 2 mil millones registros para determinar la probabilidad de que un paciente vive en condiciones de pobreza.
 - Un componente de la Puntuación FAS es el Índice de los Ingresos del Hogar el cual se calcula en base a las Pautas Federales de Pobreza.
 - Otros componentes incluyen, pero no se limitan a, una revisión de datos obtenidos del censo, historial de transacciones del consumidor, archivos de propiedad de activos, y datos sobre servicios públicos.
5. Ingreso financiero del hogar: Ingresos que incluyen pero no se limitan a lo siguiente:
 - Ganancias anuales en el trabajo antes de impuestos
 - Compensación por Desempleo
 - Compensación de Trabajadores
 - Ingresos de Seguridad Social y Seguridad Suplementario
 - Pagos de veteranos
 - Pensión o ingreso de jubilación
 - Otros ingresos que aplican pero no están limitados a: alquiler, pensión alimenticia, manutención de los hijos y cualquier otra fuente miscelánea.
6. Médicamente 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.
7. Otras opciones de cobertura: Opciones que cederían a un proveedor tercero el pago de cuenta(s) bajo revisiones de CAFA 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.

Política

Carolinas HealthCare System sigue dos distintos procesos basado en el lugar de servicio cuando se determina elegibilidad para ayuda financiera para pacientes sin seguro. Los lugares de servicios son categorizados en dos distintos grupos:

1. Categoría I – Todos los servicios de pacientes ingresados y en observación, incluye los servicios hospitalarios para pacientes ambulatorios que dieron como resultado un saldo mayor que o igual a \$10,000. Remisión de laboratorio, escala móvil de la clínica y las cuentas de farmacias de paciente ambulatorio son excluidas.



2. Categoría II – Todos los servicios de paciente ambulatorio o de emergencia con saldos menos de \$10,000. Remisión de laboratorio, escala móvil de la clínica y las cuentas de farmacias de paciente ambulatorio son excluidas.

Categoría I

Todos los pacientes sin seguro de servicios de la Categoría I serán evaluados por el equipo de Asesores Financieros de CHS. Los Pacientes de servicios de la Categoría I serán requeridos completar una solicitud de la Asistencia para Cobertura / Ayuda Financiera (CAFA, por sus siglas en inglés) antes de que sean considerados para la ayuda financiera. La solicitud CAFA recopila información necesaria para determinar si el paciente califica para cualquier otra opción de cobertura. Si el proceso CAFA indica una alta probabilidad de cobertura, entonces el paciente, con el asistente de CHS, serán requeridos buscar aquellas oportunidades antes que al paciente se le considere para la ayuda financiera de CHS. Los representantes de CHS están disponibles para ayudar a las persona discapacitadas mentalmente y/o físicamente a realizar la solicitud de la ayuda financiera. CHS mantendrá confidencial la información financiera y tratará de forma digna a los pacientes que buscan asistencia de cobertura y ayuda financiera. El proceso para la solicitud de la ayuda financiera no iniciará oficialmente hasta que el proceso para la asistencia de cobertura esté completado y al paciente lo han determinado no elegible para otras opciones de cobertura. Si el paciente coopera completamente durante la búsqueda de otras opciones de cobertura, pero dicha cobertura es improbable o es negada apropiadamente, CHS determinará la elegibilidad del paciente para ayuda financiera. **El paciente que no coopera completamente con este proceso se le considerará no elegible para la ayuda financiera.**

Criterio de Elegibilidad de la Categoría I

1. Servicios Elegibles:

- Todos los servicios medicamente necesarios de paciente ingresado (según lo determine el médico)
- Todos los servicios medicamente necesarios de paciente ambulatorio (según lo determine el médico) con saldos mayor o igual a \$10,000.
- Todos los servicios hospitalarios de emergencia médica proporcionados en un entorno de la sala de urgencias con saldos mayor o igual a \$10,000
- Todos los servicios o electivos, medicamente necesarios (según lo determine el médico) de paciente ambulatorio proporcionado en respuesta a circunstancias amenazantes a la vida en un entorno no emergente con saldos mayor o igual a \$10,000.

2. Servicios No elegibles:

- Servicios electivos y cosméticos
- Servicios de referencia de laboratorio
- Servicios de farmacia de paciente ambulatorio
- Servicios elegibles de escala móvil de la clínica (visitas a la clínica, diagnóstico de paciente ambulatorio, y servicios del departamento de emergencias cubiertos bajo el copago de la escala móvil de la clínica).

3. Pacientes Elegibles:

- Ingresos del hogar entre el 0% y el 400% de los Índices Federales de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés).
- Sin seguro y no elegibles de otras opciones de cobertura para la(s) cuenta(s) bajo revisiones de CAFA
- Residentes de Carolina del Norte y Carolina del Sur



- Completamente coopera con la determinación de otras opciones de cobertura

4. Pacientes No elegibles:

- Ingresos del hogar mayor al 401% de los Índices Federales de Pobreza
- Califican para ayuda mediante el programa de la Escala Móvil de la Clínica
- Actualmente tienen cobertura de un seguro
- Tienen otras opciones de cobertura disponible para la(s) cuenta(s) bajo revisión
- No residen en Carolina del Norte y Carolina del Sur
- No cooperan completamente con la determinación de otras opciones de cobertura

Determinación del Descuento para la Ayuda Financiera de la Categoría I:

- Solicitud completada de CAFA para determinar si hay otras opciones de cobertura para servicios medicamente necesarios y servicios no electivos.
- La elegibilidad para un descuento de ayuda financiera es basada en todos ingresos financieros del hogar del paciente desde los 90 días anterior del reporte al momento de la evaluación.
- Las necesidades financieras serán determinadas al comparar todos ingresos financieros del hogar al Índice Federal de Pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) en vigor en el momento de la determinación.
- El paciente que pueden demostrar que sus ingresos financieros del hogar están en o bajo el 200% del FPG califica para un descuento del 100% por un periodo de elegibilidad.
- El paciente con ingresos financieros del hogar total entre el 201% y el 400% de las FPG califica para descuento parcial por un periodo de elegibilidad de 180 días.
- Para los pacientes con servicios de la Categoría I que las verificaciones de sus proveedores terceros indican que el paciente tiene suficiente recursos financieros, dichos recursos podrían ser considerados cuando se determine la elegibilidad.
- Los pagos de los pacientes que son recibidos antes de cualquier ajuste para la ayuda financiera no serán reembolsados.

Categoría I - Escala de la Ayuda Financiera del Paciente				
* Rango de Ingreso Max	0-200% FPG	201%-300% FPG	301-400% FPG	≥401% FPG
Ajuste en %	100%	75%	50%	0%
# en el Hogar	Plan 955605	Plan 955612	Plan 955613	
1	0-\$23,760	\$23,761-\$35,640	\$35,641-\$47,520	≥\$47,521
2	0-\$32,040	\$32,041-\$48,060	\$48,061-\$64,080	≥\$64,081
3	0-\$40,320	\$40,321-\$60,480	\$60,481-\$80,640	≥\$80,641
4	0-\$48,600	\$48,601-\$72,900	\$72,901-\$97,200	≥\$97,201
5	0-\$56,880	\$56,881-\$85,320	\$85,321-\$113,760	≥\$113,761
6	0-\$65,160	\$65,161-\$97,740	\$97,741-\$130,320	≥\$130,321
7	0-\$73,460	\$73,461-\$110,190	\$110,191-\$146,920	≥\$146,921
8	0-\$81,780	\$81,781-\$122,670	\$122,671-\$163,560	≥\$163,561

** Máximo rango de ingreso basado en el Índice Federal de Pobreza del 2016*

Verificación de los Recursos Financieros del Hogar y el Período de Elegibilidad de la Categoría I:



Por lo general, las solicitudes para CAFA son completadas al momento que se prestan los servicios o después. Los de registración o un asesor financiero de CHS trataran de entrevistar a los pacientes que no pueden pagar por los servicios prestado. CHS utilizará, cuando sea apropiado, cualquier información externa de proveedores terceros para comprobar información proporcionada por el paciente en la solicitud para la CAFA.

- Periodo de Verificación – El Ingreso Total del Hogar será basado en un periodo de mirar atrás de los 90 días anteriores a la fecha de la solicitud y al ser validado usando proveedores terceros. Si hay alguna discrepancia entre lo que se reporta por los proveedores terceros o el paciente, es posible que al paciente le pidan proporcionar documentación adicional sobre sus ingresos.
- Periodo de elegibilidad – Una vez aprobado, el periodo de elegibilidad para la Ayuda Financiera es de 180 días desde la fecha de aprobación para los servicios medicamente necesarios y no electivos. Cualquier cambio que se dé dentro del periodo de elegibilidad que resulte en una alta probabilidad que el paciente sea recientemente elegible para otras opciones de cobertura, deberá ser solicitado por el paciente para retener la elegibilidad para la ayuda financiera.
- Documentación – Es posible que los pacientes sean requeridos proporcionar documentación de empleadores e instituciones bancarias para verificar más sobre los ingresos. CHS va a retener las declaraciones financieras, verificaciones de ingresos y documentación de proveedores terceros por un periodo de 10 años o como sea requerido por la ley. Falsificación de información incluso la retención de información será razón para negar la ayuda financiera.
- Fraude - CHS se reserve el derecho de hacer cambios en la ayuda financiera proporcionada por esta póliza si la información proporcionada por el paciente durante el proceso de obtención de información se determina ser falsa o si CHS tiene pruebas que el paciente ha recibido compensación por los servicios médicos de otras fuentes que no fueron entregadas a CHS.

Categoría II

CHS usará un proceso presunto para determinar elegibilidad de la ayuda financiera para los servicios de la Categoría II. Todos los pacientes sin seguro de los servicios de la Categoría II serán automáticamente evaluados para descuentos de la ayuda financiera basado en una puntuación de la ayuda financiera (FAS, por sus siglas en inglés). El paciente no está requerido completar una solicitud CAFA para la ayuda. La puntuación FAS es asignada antes de la primera factura. La FAS será asignada en base a algoritmos de puntuaciones exclusivos de expertos terceros capacitados seleccionados por CHS. Periódicamente CHS va a comprobar los algoritmos para asegura que se están aplicado de forma consistentes y hará ajustes de los valores límites según lo necesario.

Los pacientes que son elegibles para recibir el 100% del descuento de la ayuda financiera para los servicios elegibles no recibirán una factura. Cada paciente de la Sala de Emergencia será requerido pagar un copago de \$75.00 por los servicios en el Departamento de Emergencias.

Los pacientes en los servicios de la Categoría II que son elegibles para el descuento de la ayuda financiera presunta recibirán una factura y se les notificará sobre su elegibilidad mediante una carta.

1. Servicios Elegibles:



- Todos los servicios medicamente necesarios de servicios de paciente ambulatorio según lo determine el médico con saldos menores a \$10,000.
- Todos los servicios hospitalarios de emergencia médica proporcionados en un entorno de la sala de urgencias con un saldo de menos de \$10,000.

2. Servicios No Elegibles:

- Servicios electivos y cosméticos
- Servicios de laboratorio de referencia
- Servicios de farmacia de paciente ambulatorio
- Servicios elegibles de escala móvil de la clínica (visitas a la clínica, diagnóstico de paciente ambulatorio, y servicios del departamento de emergencias cubiertos bajo el copago de la escala móvil de la clínica).

3. Pacientes Elegibles:

- El puntaje de la ayuda financiera FAS es calibrado por los Índices Federales de Pobreza
- No tiene cobertura de seguro de salud actualmente

4. Pacientes No elegibles:

- Ingresos del hogar mayor al 401% de los Índices Federales de Pobreza
- Califica para ayuda mediante el programa de la Escala Móvil de la Clínica
- Actualmente tiene cobertura de un seguro
- Tiene otras opciones de cobertura disponible para la(s) cuenta(s) bajo revisión
- No son residentes de Carolina del Norte y Carolina del Sur
- No coopera completamente con la determinación de otras opciones de cobertura

Determinación del Descuento para la Ayuda Financiera de la Categoría II:

- La elegibilidad para la ayuda financiera por los servicios de la Categoría II es basada en la puntuación de la Ayuda Financiera (FAS) de CHS que se obtiene de proveedores terceros antes de la primera declaración de factura.
- Cada paciente de servicios de Categoría II con puntuación de la Ayuda Financiera (FAS) elegibles recibirá el 100% de descuento.
- El no ser elegible para el descuento de la Ayuda Financiera será comunicado mediante una carta.
- Los pagos de los pacientes que son recibidos antes de cualquier ajuste para la ayuda financiera no serán reembolsados.
- Cada encuentro de cuidado facturable por servicios de la Categoría II según determinados por reglas de facturación de Medicare serán evaluados por separado para la elegibilidad de la ayuda financiera.

Solicitud de la Asistencia para Cobertura y Ayuda Financiera (CAFA):

Las solicitudes de CAFA son para los pacientes que han recibido servicios de Categoría I. según se ha indicado anteriormente, los miembros del equipo de CHS harán todo esfuerzo por entrevistar a todos los pacientes sin seguro de la Categoría I y ayudarles a completar la solicitud para CAFA. CHS determinará la elegibilidad para la ayuda financiera una vez que el proceso de asistencia para cobertura sea completado. En dichas situaciones, donde el paciente coopera con la solicitud de CAFA, CHS determinará automáticamente elegibilidad para la ayuda financiera una vez completado el proceso para la ayuda financiera. En caso que los miembros del equipo de CHS no pueden entrevistar al paciente de servicios de la Categoría I, el paciente puede



obtener una copia en papel en Internet de la Solicitud para Asistencia para Cobertura y Ayuda Financiera y puede enviarla a CHS. Un paciente también puede solicitar una copia en papel de la solicitud por vía telefónica llamando al 704/512-7000 y le enviarán una copia de la solicitud por correo. Los pacientes de servicios de Categoría I pueden además solicitar en persona en el momento que se prestan el servicio.

Los pacientes que han recibido servicios en la Categoría II no están requeridos completar la solicitud de la asistencia para cobertura y ayuda financiera. Los pacientes de los servicios en la Categoría II serán evaluados automáticamente para la elegibilidad de la ayuda financiera en la facturación final. El paciente que es determinado elegible recibirá un descuento del 100%. El paciente que es determinado no elegible en este proceso recibirá un aviso por escrito en el correo. Si el paciente considera que él o ella debe ser elegible para la ayuda financiera, aunque la puntuación FAS considere que el paciente no es elegible, el / la paciente puede obtener en Internet una copia de la solicitud para CAFA y enviarla a CHS. El paciente también puede obtener una copia de la solicitud para CAFA por vía telefónica llamando al 704/512-7000 y le enviarán una copia de la solicitud para CAFA por correo. Los pacientes que optan solicitar para CAFA serán requeridos buscar otras opciones de cobertura antes de ser considerados para el descuento de la ayuda financiera.

Toda solicitud en papel debe ser envía a:

CHS System Business Office
ATTN: Financial Counseling Department
PO Box 32861
Charlotte, NC 28232

Una vez que se reciba la solicitud, un Asesor Financiero de CHS contactará al paciente si es necesario.

Communication of Policy:

CHS comunica la disponibilidad y el proceso de CAFA a todos los pacientes mediante los siguientes:

- Sitio web de CHS
- En todas las facturas del hospital
- Información colocadas en el Departamento de Emergencia y en admisiones
- Entrevistas con el paciente y las familias por el Asesor Financiero
- Contabilidad del paciente en el Departamento de Servicios al Cliente

Medidas en caso que no se hagan los pagos

Las medidas que toman los hospitales de CHS en el caso de no hacer los pagos por los servicios prestados son descritas por separado en la política de factura y cobros el cual puede obtenerse al solicitar una copia gratis del Departamento de Cuentas del Paciente llamando al 704-512-7000.

Garantía de calidad y otras provisiones:

A los compañeros del equipo de CHS se les prohíbe hacer recomendaciones y/o el proceso de solicitud para CAFA a los miembros de familia, amigos, conocidos o compañeros de trabajo. El departamento de garantía de calidad de PFS conducirá auditoria periódicamente de las cuentas procesadas para el descuento de FA de los pacientes en la Categoría I para asegurar que la documentación correcta está archivada. El departamento de garantía de calidad de PFS también verificara el proceso de la Categoría II para asegurar que los ajustes apropiados se están realizando (PFS Policy 3.01).

