


Política Organizacional		
Estado actual: <i>Activo</i>		Número de póliza: F-16
	Emisión:	05/17/1994
	Última revisión:	12/29/2025
	Próxima revisión:	12/29/2028
	Responsable del contenido:	Director Financiero
	Área de documentos:	Finanzas
	Aplicabilidad:	<input checked="" type="checkbox"/> CVMC <input checked="" type="checkbox"/> CVMG
	Exclusiones:	<input checked="" type="checkbox"/> Sin exclusiones

Asistencia financiera y mitigación de deudas médicas

I. POLÍTICA

Catawba Valley Health System (CVHS) brinda los servicios de atención médica necesarios a cualquier persona, independientemente de su capacidad de pago. La póliza de asistencia financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de CVHS está diseñada para ayudar a los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que son residentes de Estados Unidos y no pueden pagar los servicios de atención médica. Esta política se aplica a Catawba Valley Medical Center (CVMC) y Catawba Valley Medical Group (CVMG), excepto donde se indique.

II. PROCESO/PROCEDIMIENTO

Los servicios de atención no compensados, según lo exige la ley, se limitan a pautas específicas según lo definido por Catawba Valley Health System. Los servicios cosméticos no serán elegibles para recibir asistencia financiera. La asistencia financiera es secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles, incluidos los seguros, los programas gubernamentales, la responsabilidad de terceros y cualquier otra fuente de pago de la cuenta. CVHS evaluará a todos los pacientes del hospital para determinar su posible elegibilidad presunta.

Los pacientes quedan excluidos de la elegibilidad presunta para organizaciones benéficas si:

1. Tienen cobertura de seguro fuera de la red
2. Requieren pero no han obtenido autorización para los servicios (se pedirá a estos pacientes que firmen una exención)
3. Reciben el pago directamente de su seguro médico, abogado u otra fuente pagadora
4. No proporcionan información precisa del seguro a CVMC o no responden a tiempo a las solicitudes de información actualizada del seguro

Elegibilidad presunta para organizaciones benéficas: solo para servicios hospitalarios (facturados por Meditech)

Los pacientes se consideran presuntamente elegibles (PE) para recibir asistencia financiera en función de ciertos criterios no basados en los ingresos. Los pacientes no están obligados a proporcionar documentación u otra verificación de satisfacer los criterios de elegibilidad. Estos criterios incluyen los siguientes (los pacientes deben satisfacer al menos uno).

1. Falta de vivienda
2. Incapacidad mental sin que nadie actúe en nombre del paciente
3. Inscripción en Medicaid de un paciente o un niño en su hogar
4. 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)

A partir del 1 de enero de 2025:

Durante el proceso de preinscripción o registro para servicios hospitalarios facturados únicamente con el sistema Meditech, se le pedirá o brindará al paciente un cuestionario para determinar si satisfacen alguno de los cuatro escenarios anteriores. Sus respuestas se registrarán en el Sistema de Contabilidad del Paciente. Se informará al paciente si califica para recibir asistencia financiera presunta para esa visita durante esa interacción.

A los pacientes que califiquen se les enviará una carta a la dirección registrada, si existe, que describirá con más detalle las opciones con respecto a la inscripción en Medicaid, así como la asistencia financiera. Los pacientes sin seguro que no califican para la asistencia financiera de PE no basada en los ingresos también recibirán una notificación por escrito sobre la inscripción en Medicaid, así como información sobre cómo solicitar asistencia financiera. Los pacientes que se nieguen a responder las preguntas anteriores se considerarán no elegibles para la Asistencia Financiera Presunta.

Antes de que una cuenta del hospital pase a tener una deuda incobrable (agencia de cobranza), todos los saldos de los pacientes no asegurados se enviarán a nuestro socio proveedor, MedProve. MedProve procesa esta información a través de su software para determinar los ingresos estimados del hogar, el tamaño del hogar y el porcentaje del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Se envía un archivo a CVHS con esa información. Los pacientes que tienen un FPL de hasta el 300% tendrán sus saldos ajustados al 100%.

La Asistencia Financiera Presunta solo se aplicará a la cuenta revisada. A los pacientes considerados presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera se les puede exigir que firmen una declaración.

Antes del 1 de julio de 2025, Catawba Valley Medical Center realizará una revisión única para cancelar/donar todas las deudas médicas impagas de los pacientes que se remontan al 1 de enero de 2014 para los residentes de Estados Unidos que actualmente están inscritos en Medicaid (incluida la cobertura de planificación familiar de beneficios limitados). Esta deuda será reclasificada como caridad. Esto incluye cualquier deuda sujeta a un plan de pago interno previamente acordado por el paciente. Los pacientes serán notificados por carta de que su deuda ha sido reclasificada como caridad y cancelada. Los saldos de las cuentas colocados en Access One están excluidos de esta cancelación de la deuda.

A partir del 1 de julio de 2025:

CVMC evaluará a todos los pacientes que sean residentes de Estados Unidos e inscritos en Medicaid por deudas médicas pasadas dentro de los 60 días posteriores al alta hospitalaria del paciente o visita ambulatoria del hospital y debe reclasificar cualquier deuda pasada como atención caritativa. Los pacientes de Medicaid serán notificados verbalmente durante su estadía que las deudas pasadas serán reclasificadas como caridad y canceladas.

Se notificará por carta dentro de los 30 días a todos los demás pacientes de CVMC que actualmente están inscritos en Medicaid y tienen saldos anteriores de que su deuda ha sido reclasificada como caridad y cancelada.

A partir del 1 de enero de 2026:

Los pacientes de CVMC serán considerados presumiblemente elegibles para asistencia financiera si tienen ingresos familiares de hasta el 300% del FPL (si no cumplen ya los criterios no basados en ingresos descritos anteriormente). CVMC colaborará con un tercero para evaluar los ingresos del hogar.

Se notificará a los pacientes que califiquen mediante una carta antes de emitir cualquier factura al paciente.

Para CVMC y CVMG:

Además de lo anterior, CVHS designa las siguientes circunstancias como presuntamente elegibles para asistencia financiera que pueden identificarse después del alta y pueden o no requerir documentación de respaldo.

1. Pacientes fallecidos sin patrimonio
2. Servicios del Ministerio Cristiano Cooperativo (CCM, por sus siglas en inglés) para saldos inferiores a \$500 con una referencia. Las referencias para saldos superiores a \$500 deben completar una solicitud de asistencia financiera
3. Denegaciones de esterilización por parte de Medicaid debido a problemas de autorización
4. Pacientes de subsidios Ryan White cuando la parte del pago por cuenta propia no se paga en 120 días
5. Medicamentos autoadministrados no cubiertos por Medicaid
6. Servicios de diagnóstico referidos por el Departamento de Salud Pública del Condado de Catawba (CCPH, por sus siglas en inglés) que cumplen con los criterios de caridad de CCPH
7. Pacientes hospitalizados de salud conductual sin seguro que habrían sido elegibles para el financiamiento de 3 vías si no se hubieran agotado los fondos anuales

Los pacientes que no son presuntamente elegibles como se indicó anteriormente, tienen la oportunidad de recibir asistencia financiera y alivio de la deuda médica al completar una solicitud de asistencia financiera.

Las pautas principales se definen a continuación:

Los ingresos para fines de elegibilidad se definen como el total de recibos en efectivo mensuales o anuales antes de impuestos (ingresos brutos) de todas las fuentes dentro del hogar, incluidos los dependientes elegibles. Los ingresos contables se calcularán utilizando los ingresos anuales reportados en el Formulario de Impuestos Federales sobre los Ingresos del año anterior o los ingresos verificados de los tres meses anteriores, lo que sea más favorable para el solicitante. Para las personas que trabajan por cuenta propia, los ingresos se determinan por el ingreso total en la línea 9 del Formulario 1040 de la Declaración de Impuestos Federales sobre los Ingresos más reciente. También se consideran los ingresos de corporaciones, empresas profesionales o sociedades. Se deben proporcionar todos los formularios de impuestos pertinentes que se presentaron ante el IRS durante el año anterior.

Las parejas no casadas que viven bajo el mismo techo con un hijo en común se consideran un hogar y se contarán los ingresos de ambos padres. Cualquier persona que viva en la casa de uno de los padres, pero la persona esté empleada y esté pagando legítimamente el alquiler o los gastos de manutención a sus padres, se considerará un hogar separado. Los ingresos de una persona de 65 años o más que vive en el hogar de un hijo que recibe solo Seguro Social se considerarán un hogar separado.

Si el solicitante no ha trabajado para el mismo empleador o en la misma línea de trabajo durante el último año fiscal completo, se revisarán las últimas cuatro semanas consecutivas de ingresos brutos para determinar la elegibilidad. Cualquier persona que declare que no tiene ingresos debe revelar verbalmente y por escrito cómo se le proporciona comida, ropa y vivienda. Las personas con un ingreso inferior al 300% de las pautas federales de pobreza, determinadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos, pueden ser consideradas para recibir asistencia financiera.

La verificación financiera de los ingresos debe presentarse dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de solicitud. Los comprobantes de ingresos válidos incluyen talones de pago, formularios W-2, declaraciones de impuestos, verificación escrita de un empleador, saldos de cuentas corrientes y de ahorros, y registros fiscales.

Una vez que un paciente ha sido aprobado para recibir asistencia financiera a través del proceso de solicitud, **no** se reembolsarán los pagos recibidos antes o después de la aprobación.

CVHS también se reserva el derecho de aprobar cuentas para Asistencia Financiera en función de otras circunstancias atenuantes que puedan determinar la indigencia.

Para aquellos pacientes que solicitan y son aprobados a través del proceso de solicitud de Asistencia Financiera:

- 1. Todos los pacientes y familiares calificados que sean aprobados a través del proceso de solicitud serán aprobados para un descuento del 100%.**
2. Todos los saldos abiertos de pago por cuenta propia se ajustarán en el Sistema de Contabilidad del Paciente. Esto incluye cualquier saldo con Access One.
3. La asistencia financiera también se extenderá a las fechas de servicio dentro de los 365 días posteriores a la fecha de solicitud. Después de 365 días, los pacientes deben volver a presentar una solicitud.
4. Se pueden hacer excepciones según lo apruebe la Administración.
5. Las aprobaciones de las solicitudes de asistencia financiera se compartirán entre el hospital y la Oficina Central de Facturación del consultorio médico propiedad del hospital para permitir la continuidad del proceso de aprobación y disminuir la necesidad del paciente de proporcionar documentación adicional.
6. Las aprobaciones también se comparten con los siguientes: médicos hospitalarios de Catawba Valley, médicos de la sala de emergencias de Wake Forest y Patología de Piedmont.

No se llevarán a cabo esfuerzos de cobro en cuentas aprobadas o cuentas pendientes durante la tramitación de la solicitud.

CVHS se reserva el derecho de revertir los ajustes de Asistencia Financiera proporcionados por esta política y responsabilizar al garante por completo del pago si se determina que la información proporcionada es falsa o si CVHS obtiene pruebas de que se ha recibido una compensación por servicios de otra fuente.

Las solicitudes de los pacientes para la consideración de asistencia financiera deben dirigirse a los especialistas en elegibilidad médica de CVHS, a los defensores financieros del paciente o al supervisor de servicio al cliente. Se emitirá una determinación condicional o final por escrito de elegibilidad para el servicio no compensado dentro de los treinta (30) días posteriores a la fecha de la solicitud completada.

APROBADO POR:

Comité	Fecha
Liderazgo sénior	12/29/2025

Fechas de revisión: 12/29/25, 09/22/2025, 06/16/2025, 12/27/2024, 07/11/2024, 03/11/2024, 07/01/2022, 12/02/2020, 07/06/2020, 03/04/2020, 02/02/3017, 06/06/2015, 12/27/13, 05/09/2011, 05/28/10, 05/14/08, 05/01/08, 02/06/2008, 08/01/2007, 01/31/2007, 09/27/2006, 04/12/2006, 12/07/2005