


Política Organizacional		
Estado actual: <i>Activo</i>		Número de póliza: F-16
	Emisión:	05/17/1994
	Última revisión:	02/23/2026
	Próxima reseña revisión:	02/23/2029
	Responsable del contenido:	Director Financiero
	Área del documento:	Finanzas
	Aplicabilidad:	þ CVMC þ CVMG
	Exclusiones:	þ 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 la capacidad de pago. La Póliza de Asistencia Financiera (FAP, por sus siglas en inglés) de CVHS está diseñada para ayudar a pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que son residentes de Estados Unidos y que no pueden pagar económicamente sus servicios de atención médica. Esta política se aplica a Catawba Valley Medical Center (CVMC) y a Catawba Valley Medical Group (CVMG) (colectivamente CVHS), salvo donde se indique.

II. DEFINICIONES

Las siguientes definiciones se aplican a los términos utilizados en esta política:

Asistencia financiera significa atención benéfica parcial o total en lugar del pago del paciente o de terceros por servicios, equipos y suministros de atención médica brindados a un paciente por CVHS.

Presuntamente elegible (PE) significa una determinación por parte de CVHS, utilizando el procedimiento y los criterios de esta política, de que un paciente cumple los requisitos para la Asistencia Financiera.

Sin seguro: Pacientes que no están cubiertos por un seguro de salud, compensación laboral, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes estatales/federales, asistencia a víctimas, etc., o responsabilidad de terceros derivados de accidentes de tráfico u otros.

III. PROCESO/PROCEDIMIENTO

Los servicios de atención no remunerada, según lo exige la ley, están limitados a pautas específicas establecidas por el Catawba Valley Health System y establecidas en esta política. La Asistencia Financiera es secundaria frente a cualquier otro recurso financiero disponible. CVHS evaluará en el momento adecuado a todos los pacientes hospitalarios para detectar la posible elegibilidad presuntiva.

Servicios no cubiertos:

Los siguientes servicios no son elegibles para la Asistencia Financiera a través de CVHS:

- Procedimientos que son servicios estéticos, reversiones de esterilización o tratamiento de la disfunción eréctil. Los procedimientos estéticos electivos no relacionados con otras condiciones médicas no están cubiertos por la Asistencia Financiera. La corrección de defectos congénitos no se considera un procedimiento cosmético electivo.
- Servicios bariátricos.
- Los solicitantes actuales encarcelados no son elegibles para la Asistencia Financiera. Los presos encarcelados por asuntos civiles o de familia son responsables económicamente de sus facturas hospitalarias.

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

Los pacientes se consideran Presuntamente Elegibles (PE) para la Asistencia Financiera según ciertos criterios no basados en los ingresos. No se requiere que los pacientes aporten documentación ni otra verificación de que cumplan los criterios de elegibilidad. Estos criterios incluyen lo siguiente (los pacientes deben cumplir al menos uno).

1. Personas sin hogar;
2. Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente;
3. Inscripción en Medicaid de un paciente o de un niño en su hogar;
4. Inscripción en otro programa de asistencia pública con condiciones de recursos (incluyendo, pero no limitado a, Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños, Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria).

Los pacientes quedan excluidos de la Elegibilidad Presunta si:

1. Tiene cobertura de seguro fuera de la red para servicios electivos (no urgentes).
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 aseguradora, abogado u otra fuente de pago.
4. No brindan información precisa del seguro a CVMC o no responden a tiempo a las solicitudes de información actualizada del seguro.
5. Compran con antelación un vale MD Save para su servicio.

Elegibilidad presunta para CVMC y CVMG:

Además de lo anterior, CVHS designa las siguientes circunstancias como Presuntamente Elegibles para Asistencia Financiera que pueden identificarse tras la baja y pueden requerir o no documentación de respaldo.

1. Pacientes fallecidos sin fondos patrimoniales.

2. Servicios de Ministerio Cristiano Cooperativo (CCM) para saldos inferiores a 500 dólares con una recomendación. Las derivaciones por saldos superiores a 500 dólares deben completar una solicitud de Asistencia Financiera.
3. Denegaciones de esterilización por parte de Medicaid debido a problemas de autorización.
4. Pacientes de Ryan White Grant cuando la parte de pago directo no se paga en 120 días.
5. Medicamentos autoadministrados no cubiertos por Medicaid.
6. Los servicios diagnósticos derivados de Salud Pública del Condado de Catawba (CCPH) cumplen con los criterios de la organización benéfica de CCPH.
7. Pacientes hospitalizados de salud conductual sin seguro que habrían sido elegibles para financiación triple si no se hubieran agotado los fondos anuales.

Los pacientes que no son presuntamente elegibles como se ha indicado anteriormente y los que contactan a CVHS para solicitar alivio de deuda médica tienen la oportunidad de ser considerados para Asistencia Financiera y alivio de deudas médicas completando una solicitud de Asistencia Financiera.

PROCEDIMIENTO

A partir del 1 de enero de 2025:

Durante el proceso de registro previo o registro de servicios hospitalarios facturados únicamente desde el sistema Meditech, se pedirá o se les brindará un cuestionario a los pacientes para determinar si pertenecen a alguna de las categorías de Presuntamente Elegibles mencionadas anteriormente. Sus respuestas se registrarán en el Sistema de Contabilidad del Paciente. Durante esa interacción, se informará a los pacientes si parecen calificar para la Asistencia Financiera presunta para esa visita.

Se les enviará una carta a la dirección registrada a los pacientes que califiquen, si existe una, que describirá con detalle las opciones relacionadas con la inscripción en Medicaid y la Asistencia Financiera. Los pacientes sin seguro que no cumplan los requisitos para la Asistencia Financiera PE no basada en ingresos también recibirán una notificación por escrito sobre la inscripción en Medicaid, así como información sobre cómo solicitar la Asistencia Financiera. Los pacientes que se nieguen a responder a las preguntas anteriores serán considerados no elegibles para la Asistencia Financiera Presunta.

Antes de que una cuenta hospitalaria pase a deudas incobrables (agencia de cobro), todos los saldos de pacientes no asegurados se enviarán a nuestro socio proveedor, MedProve. MedProve procesa esta información en 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 tengan un FPL de hasta el 300% tendrán sus saldos ajustados al 100%.

La Asistencia Financiera Presunta solo se aplicará a la cuenta revisada. Los pacientes considerados presuntamente elegibles para asistencia financiera pueden estar obligados a firmar una certificación.

Antes del 1 de julio de 2025, Catawba Valley Medical Center realizará una revisión única para aliviar

o donar toda la deuda médica impagada de pacientes desde el 1 de enero de 2014, para residentes de Estados Unidos que actualmente estén inscritos en Medicaid de North Carolina (incluyendo los inscritos en la cobertura de planificación familiar de beneficios limitados). Para los pacientes que cumplen estos criterios, CVHS reclasificará su deuda como caridad. Esto incluye cualquier deuda sujeta a un plan de pago interno previamente acordado por el paciente. Los pacientes serán notificados mediante carta de que su deuda ha sido reclasificada como benéfica y será cancelada. Los saldos de cuentas realizados en Access One quedan excluidos de este alivio de deudas.

Con efecto a partir del 1 de julio de 2025:

CVMC evaluará a todos los pacientes residentes de Estados Unidos y que hayan sido verificados como inscritos en Medicaid de North Carolina para comprobar deudas médicas pasadas dentro de los sesenta (60) días posteriores al alta hospitalaria o al encuentro ambulatorio del paciente y reclasificará cualquier deuda previa como atención benéfica para pacientes que cumplan los criterios de esta política. Los pacientes verificados de Medicaid serán notificados verbalmente durante su estancia de que las deudas pasadas serán reclasificadas como caridad y canceladas.

Todos los demás pacientes de CVMC que estén actualmente inscritos en Medicaid y tengan saldos pasados serán notificados mediante carta en un plazo de treinta (30) días de que su deuda ha sido reclasificada como benéfica y cancelada.

Con efecto a partir del 1 de enero de 2026:

Los pacientes de CVMC serán considerados presuntamente elegibles para la 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.

Con efecto a partir del 1 de julio de 2026:

CVHS cancelará toda la deuda médica de pacientes considerada incobrable desde el 1 de enero de 2014, para cualquier residente de North Carolina con ingresos iguales o inferiores al 350% del FPL o cuya deuda total supere el 5% de los ingresos anuales, excluyendo a cualquier persona inscrita en Medicaid de North Carolina cuya deuda haya sido cancelada o reclasificada conforme a esta política. CVHS evaluará la calificación del paciente para el alivio de deudas en función de si el paciente alcanza el umbral de ingresos en el momento de la evaluación.

CVHS considerará la deuda como no cobrable después de intentos fallidos de cobro (es decir, que la deuda no se haya pagado en su totalidad o que no se haya establecido un plan de pago) durante al menos dos años desde la fecha en que se envió la primera factura al paciente y no haya una apelación activa con la aseguradora relacionada con la deuda. Para personas de hasta el 300% del FPL: (1) todos los saldos pendientes asociados a planes de pago en los que un paciente haya realizado pagos durante más de 36 meses serán cancelados; y (2) los demás planes de pago establecidos estarán limitados a 36 meses sin cambios en el importe mensual.

Los pacientes calificados serán notificados por carta de que cumplen los requisitos para atención benéfica antes de emitir cualquier factura al paciente.

Los pacientes que no son presuntamente elegibles como se ha indicado anteriormente y los que contactan a CVHS para solicitar alivio de deuda médica tienen la oportunidad de ser considerados para Asistencia Financiera y cancelación de deudas médicas completando una solicitud de Asistencia Financiera.

Elegibilidad de ingresos:

Las pautas principales para la elegibilidad de ingresos para la Asistencia Financiera se detallan a continuación:

Los ingresos para fines de elegibilidad se definen como el total de ingresos mensuales o anuales en efectivo antes de impuestos (ingresos brutos) de todas las fuentes dentro del hogar, incluidos los dependientes elegibles.

Los ingresos del hogar incluyen, pero no se limitan a, lo siguiente:

- Ingreso bruto anual ajustado por hogar
- Compensación por desempleo
- Compensación de los trabajadores
- Seguro Social e Ingresos Suplementarios de Seguridad
- Pagos a veteranos
- Ingresos de pensión o jubilación
- Otros ingresos aplicables incluyen, pero no se limitan a, ingresos por alquiler, pensión alimenticia, manutención infantil y cualquier otra fuente miscelánea

Los siguientes se excluyen del cálculo de ingresos:

- Estipendios para el cuidado de crianza recibido en nombre de un niño en cuidado de crianza.

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 los autónomos, 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 tienen en cuenta 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 mutuo se consideran un hogar y los ingresos de ambos padres se contabilizarán al determinar la elegibilidad para la Asistencia Financiera de cualquier persona en el hogar. Cualquiera que aporte documentación que demuestre que el paciente vive en la casa de los padres, pero que la persona está empleada y paga legítimamente alquiler o gastos de vida a sus padres, será considerado un hogar separado. Los ingresos de una persona o personas de 65 años o más que viven en un hogar de un niño que solo recibe 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. Cualquiera que declare no tener ingresos debe declarar verbalmente y por escrito cómo se le brinda comida, ropa y vivienda. Las personas con ingresos inferiores al 300% de las pautas federales de pobreza, determinadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos,

pueden ser consideradas para la Asistencia Financiera.

La verificación financiera de los ingresos debe presentarse en un plazo de treinta (30) días desde la fecha de la solicitud. La prueba válida de ingresos incluye nóminas, formularios W-2, declaraciones de impuestos, verificación por escrito del empleador, saldos de cuentas corrientes y de ahorros, y registros fiscales. Si la información no se recibe en este plazo, la solicitud puede ser denegada.

Una vez que un paciente ha sido aprobado para la Asistencia Financiera mediante el proceso de solicitud, cualquier pago recibido antes o después de la aprobación **no** se reembolsará.

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

Para aquellos pacientes que solicitan y son aprobados mediante el proceso de solicitud de Asistencia Financiera:

1. Todos los pacientes y familiares calificados que sean aprobados mediante el proceso de solicitud serán aprobados con un 100% de descuento.
2. Todos los saldos abiertos de pago directo 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 la solicitud. Tras 365 días, los pacientes deben volver a solicitar.
4. Se pueden hacer excepciones según lo apruebe la Administración.
5. Las aprobaciones de solicitudes de Asistencia Financiera se compartirán entre las consultas médicas hospitalarias y de los hospitales para permitir la continuidad del proceso de aprobación y disminuir la necesidad del paciente de brindar documentación adicional.
6. De acuerdo con el Aviso de Prácticas de Privacidad de HIPAA y CVHS, 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 realizarán esfuerzos de cobro sobre cuentas aprobadas para Asistencia Financiera ni cuentas pendientes de la tramitación de una solicitud de Asistencia Financiera.

CVHS se reserva el derecho, a su discreción, de revertir los ajustes de Asistencia Financiera previstos por esta póliza y de responsabilizar plenamente al paciente o al aval del pago si se determina que la información brindada es falsa o inexacta, o si CVHS obtiene pruebas de que la compensación por servicios ha sido recibida de otra fuente.

Las solicitudes de atención de los pacientes para la Asistencia Financiera deben dirigirse a los especialistas en elegibilidad médica de CVHS, a los defensores financieros de los pacientes o al supervisor de servicio al cliente. Se emitirá una determinación condicional o definitiva por escrito de elegibilidad para la Asistencia Financiera en un plazo de treinta (30) días desde la fecha de la solicitud completada.

Responsabilidades del paciente respecto a la asistencia financiera:

Si procede, antes de ser considerado para la Asistencia Financiera, el paciente o la familia debe cooperar con el proveedor de CVHS para brindar información y documentación que permita solicitar

otros recursos financieros existentes que puedan estar disponibles para pagar la atención médica del paciente, como Medicaid, Medicare, responsabilidad civil de terceros, etc.

- Un paciente que califica para descuentos parciales debe cooperar con el proveedor de CVHS para establecer un plan de pago razonable que tenga en cuenta los ingresos disponibles y activos, el importe de las facturas descontadas y cualquier pago anterior.
- Los pacientes que cumplen los requisitos para descuentos parciales deben hacer un esfuerzo de buena fe para respetar los planes de pago de sus facturas médicas con descuento. Son responsables de comunicar al proveedor de CVHS cualquier cambio en su situación financiera que pueda afectar su capacidad para pagar sus facturas médicas con descuento o para cumplir con las disposiciones de sus planes de pago.
- CVHS no podrá brindar Asistencia Financiera a los pacientes que no cooperen en la entrega de la información o documentación requerida por esta política.

Comunicación sobre la asistencia financiera:

CVHS comunica su Política de Asistencia Financiera a todos los pacientes mediante medios que incluyen, pero no se limitan a:

- El sitio web de CVHS
- Durante entrevistas con pacientes con asesores financieros
- Una copia de esta póliza está disponible sin costo alguno si se solicita por correo postal o en persona en la siguiente dirección:

Patient Financial Services
 1224 Commerce St. SW
 Conover, NC 28613

La Política de Asistencia Financiera y la solicitud están disponibles en inglés, español y hmong. Otras traducciones de idiomas están disponibles a través de servicios de intérpretes.

APROBADO POR:

Comité	Fecha:
Liderazgo sénior	02/23/2026

Fechas de revisión: 02/23/2026, 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, 4/12/2006, 12/07/2005