

DEPARTAMENTO: Soporte de Operaciones (Operations Support)	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Política de ayuda económica benéfica de los hospitales de Carolina del Norte para personas sin seguro o con seguro insuficiente (Política de mitigación de deuda médica)
PÁGINA: 1 de 7	REEMPLAZA LA POLÍTICA CON FECHA:
APROBADA: 1/1/2025	FECHA DE INICIO: 01/01/2025
FECHA DE REVISIÓN ANUAL:	NÚMERO DE REFERENCIA: PARA.PP.OPS.016NC

<p>ALCANCE:</p> <p>Todas las áreas de SSC y de centros responsables de solicitar y evaluar la elegibilidad para el descuento de ayuda económica aplicado a la cantidad que el paciente adeuda en los hospitales de cuidados agudos afiliados a HCA y no asociados en Carolina del Norte (colectivamente “Hospitales” o “Centros”, individualmente “Hospital” o “Centros”). Esta política tiene como objetivo capturar los requisitos de las Políticas de mitigación de la deuda médica al hospital especificadas por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) de Carolina del Norte (el “Departamento”) bajo el Programa de Acceso y Estabilización de la Atención Médica (Healthcare Access and Stabilization Program, “HASP”).</p>
<p>PROPÓSITO:</p> <p>Definir la política para ar alivio económico parcial o total a los pacientes que (i) programaron o recibieron servicios médicamente necesarios en los hospitales de Carolina del Norte, y (ii) cumplen ciertos requisitos de elegibilidad o ingresos. Además, cuando corresponda, la política establece protocolos con respecto a la posible evaluación, y vías alternativas para la Solicitud de ayuda económica (“FAA”) y la validación de ingresos.</p>
<p>POLÍTICA:</p> <p>Ámbito general</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Servicios</u>. Para ser elegible para una revisión de descuento de ayuda económica, un paciente debe haber programado o recibido servicios ambulatorios de hospital o para pacientes hospitalizados médicamente necesarios.¹ 2) <u>Pacientes asegurados</u>. En circunstancias en las que un paciente tiene algún tipo de cobertura de pagador externo para servicios de atención médica, pero dicha cobertura es insuficiente para pagar la factura actual, la responsabilidad restante del paciente es elegible para ser considerada según esta póliza. <p>Retrospectiva de pacientes de Medicaid y FPL</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) <u>Pacientes de Medicaid:</u> <ol style="list-style-type: none"> A. <i>Retrospectiva inicial para la condonación de la deuda</i>. El 1 de julio de 2025 o antes, el Hospital reclasificará como ayuda benéfica cualquier deuda médica de pacientes no pagada que se remonte al 1 de enero de 2014 para personas que actualmente están inscritas en Medicaid (incluyendo la cobertura de planificación familiar con beneficios limitados). Esta reclasificación incluirá todas las deudas sujetas a un plan de pago.

¹ Según el HASP, cirugía estética, según lo define DHB [Política de cobertura clínica n.º: 1-O-1](#), está excluida de la solicitud de cancelación del descuento por ayuda económica.

DEPARTAMENTO: Soporte de Operaciones (Operations Support)	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Política de ayuda económica benéfica de los hospitales de Carolina del Norte para personas sin seguro o con seguro insuficiente (Política de mitigación de deuda médica)
PÁGINA: 2 de 7	REEMPLAZA LA POLÍTICA CON FECHA:
APROBADA: 1/1/2025	FECHA DE INICIO: 01/01/2025
FECHA DE REVISIÓN ANUAL:	NÚMERO DE REFERENCIA: PARA.PP.OPS.016NC

<p>B. <i>Revisión continua y condonación de deuda.</i> Antes del 1 de julio de 2025, el hospital deberá implementar procesos para evaluar a los pacientes que se inscribieron en Medicaid por deudas médicas pasadas. Dicha evaluación se hará en el plazo de 60 días después del alta del hospital o en el encuentro ambulatorio de cada persona inscrita en Medicaid. El hospital también reclasificará cualquier deuda pasada de los pacientes inscritos en Medicaid que se comuniquen proactivamente con el hospital para solicitar información sobre la condonación de la deuda médica. Toda deuda médica pasada debe reclasificarse como ayuda benéfica. Para implementar este requisito, se condonarán las cuentas activas como ayuda benéfica, y las cuentas históricas previamente condonadas debido a esfuerzos agotados permanecerán intactas y no se abrirán.</p> <p>C. <i>Aviso al paciente.</i> El hospital no publicará la política, pero informará al paciente inscrito en Medicaid sobre la política durante la consulta del paciente en el Hospital. También se dará un aviso a los pacientes en el en el plazo de 30 días después de la reclasificación de la deuda como ayuda benéfica.</p> <p>2) <u>Nivel basado en ingresos/FPL:</u></p> <p>A. <i>Retrospectiva inicial para la condonación de la deuda.</i> El hospital deberá, el 30 de junio de 2026 o antes (o cualquier otra fecha designada por el departamento), condonar toda la deuda médica considerada incobrable² que se remonte al 1 de enero de 2014 para cualquier persona con ingresos iguales o por debajo de 400 % del FPL o para quienes la deuda total exceda el 5 % del ingreso anual (excluyendo a cualquier persona inscrita en Medicaid cuya deuda se haya condonado o reclasificado, como se mencionó arriba). Para pacientes hasta de 300 % del FPL, cualquier saldo pendiente en un plan de pago donde el paciente haya hecho pagos por más de 36 meses también se condonará.³ Los pacientes calificarán si los ingresos en el momento del análisis de datos cumplen el umbral de ingresos específico.</p> <p>B. <i>Aviso al paciente.</i> Se enviará un aviso a los pacientes en el plazo de 30 días después de la reclasificación de la deuda como ayuda benéfica.</p> <p>Procedimientos para posible elegibilidad</p> <p>Los siguientes procedimientos para posible elegibilidad (“PE”) describen procesos para evaluar a los pacientes y determinar su incapacidad de pagar los servicios. No es necesario que los pacientes den documentación u otra verificación de que cumplen los criterios de posible elegibilidad. Si un paciente no se considera posiblemente elegible para enviar una solicitud de ayuda económica, puede presentar documentación.</p>
--

² Como mínimo, la deuda debe considerarse incobrable después de hacer intentos infructuosos de cobro de la deuda (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 a partir de la fecha en que se envió la primera factura al paciente y no haya una apelación activa con una aseguradora relacionada con la deuda.

³ En el caso de los planes de pago vigentes para pacientes con un nivel de pobreza por debajo del 300 % y vigentes durante menos de 36 meses, dichos planes tendrán un límite de 36 meses sin cambios en la cantidad del pago mensual.

DEPARTAMENTO: Soporte de Operaciones (Operations Support)	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Política de ayuda económica benéfica de los hospitales de Carolina del Norte para personas sin seguro o con seguro insuficiente (Política de mitigación de deuda médica)
PÁGINA: 3 de 7	REEMPLAZA LA POLÍTICA CON FECHA:
APROBADA: 1/1/2025	FECHA DE INICIO: 01/01/2025
FECHA DE REVISIÓN ANUAL:	NÚMERO DE REFERENCIA: PARA.PP.OPS.016NC

1) Revisión de la posible elegibilidad no basada en ingresos:

A. Los pacientes que cumplen al menos uno de los siguientes criterios no basados en ingresos se consideran posiblemente elegibles para obtener condonaciones mediante descuentos por ayuda económica:

- Sin hogar;
- Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente;
- Inscripción en Medicaid del paciente o de un niño en su grupo familiar;
- Inscripción en otro programa de asistencia pública sujeto a prueba de medios (incluyendo, entre otros, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (Women, Infants and Children Nutrition) y el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program)); o
- Una clínica local determina que el paciente/responsable es elegible según las directrices de pobreza e ingresos similares a los de esta política.

B. El hospital evaluará a los pacientes para saber si tienen PE no basada en ingresos y les informará los resultados según el siguiente cronograma:

i. *Servicios del departamento que no son de emergencia:*

- A. Evaluación: Antes o en el momento del registro.
- B. Aviso: Antes del alta.

ii. *Servicios del Departamento de Emergencias:*

- A. Evaluación: Lo antes posible y antes del alta si es posible.
- B. Aviso: Antes de emitir la factura al paciente.

2) Revisión de posible elegibilidad basada en los ingresos: El 1 de enero de 2026 o antes, el hospital implementará procesos para la evaluación de la posible elegibilidad basada en los ingresos. Los pacientes con ingresos del grupo familiar hasta de 300 % del FPL se considerarán posiblemente elegibles y recibirán un aviso de posible elegibilidad basada en los ingresos antes de expedir una factura al paciente.

Procesamiento de la ayuda benéfica basado en los Niveles Federales de Pobreza

- 1) Pacientes con ingresos individuales o del grupo familiar de entre 0 - 200 % del Nivel Federal de Pobreza :
Los pacientes que califiquen y se encuentren entre el 0 - el 200 % del FPL tendrán todo su saldo procesado como condonación por ayuda benéfica.
- 2) Pacientes con ingresos individuales o del grupo familiar de entre el 201 - 400 % del Nivel Federal de Pobreza:

DEPARTAMENTO: Soporte de Operaciones (Operations Support)	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Política de ayuda económica benéfica de los hospitales de Carolina del Norte para personas sin seguro o con seguro insuficiente (Política de mitigación de deuda médica)
PÁGINA: 4 de 7	REEMPLAZA LA POLÍTICA CON FECHA:
APROBADA: 1/1/2025	FECHA DE INICIO: 01/01/2025
FECHA DE REVISIÓN ANUAL:	NÚMERO DE REFERENCIA: PARA.PP.OPS.016NC

<p>A. Los pacientes con ingresos entre 201% y 400 % del FPL tendrán sus saldos limitados de acuerdo con las especificaciones mencionadas abajo. Los ingresos anuales del grupo familiar se determinarán usando el FPL del paciente. Los descuentos deben aplicarse a la cantidad que el paciente adeuda (por ejemplo, teniendo en cuenta las asignaciones contractuales y los pagos de seguros, si corresponde) o a la “cantidad generalmente facturada” a personas sin seguro.</p> <p style="margin-left: 40px;">i. 201 % - 250 % - saldos limitados al propietario de 3 % de los ingresos anuales del grupo familiar o 25 % de la cantidad que el paciente adeuda</p> <p style="margin-left: 40px;">ii. 251 % - 300 % - saldos limitados al menor de 3 % de los ingresos anuales del grupo familiar o 50 % de la cantidad que el paciente adeuda</p> <p>B. Para las personas con ingresos entre 200 - 300 % del nivel federal de pobreza, el hospital ofrecerá un plan de pago sin intereses que no exceda una duración de 36 meses con pagos mensuales no mayores al 5 % de los ingresos mensuales del grupo familiar (“plan de 36 meses/5 % de ingreso”). La Institución puede ofrecer planes de pago alternativos que excedan los 36 meses, pero la cantidad agregada cobrada al paciente no deberá exceder lo que se hubiera cobrado bajo el plan de 36 meses/5 % de ingresos.</p> <p>C. 301 % - 400 %: saldos limitados al 4 % de los ingresos anuales del grupo familiar</p> <p style="margin-left: 40px;">i. <i>Nota: los pacientes sin seguro o con seguro insuficiente que superen el 400 % del FPL pueden ser elegibles para otra ayuda económica según las políticas de descuentos para personas sin seguro y de protección de la responsabilidad del paciente del hospital.</i></p> <p>3) <u>3) Criterios y verificación basados en los ingresos / documentación de ruta alternativa (no posible)</u></p> <p>A. Las personas que <i>no</i> se consideran posiblemente elegibles para un descuento de ayuda económica deberán presentar una Solicitud de ayuda económica (FAA). Generalmente, la declaración de impuestos federales sobre ingresos del año más reciente es la documentación de respaldo preferida. Sin embargo, se debe pedir a los pacientes que proporcionen cualquier documentación disponible, incluyendo cualquiera de las siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Declaración de impuestos federales sobre ingresos del año más reciente • Declaración del Impuesto sobre ingresos del año más reciente • Formulario W-2 de respaldo • Formularios 1099 de respaldo • Copias de todos los estados de cuenta del banco de los últimos 3 meses • Los estados de cuenta más recientes del banco y del bróker listados en la declaración de impuestos federales

DEPARTAMENTO: Soporte de Operaciones (Operations Support)	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Política de ayuda económica benéfica de los hospitales de Carolina del Norte para personas sin seguro o con seguro insuficiente (Política de mitigación de deuda médica)
PÁGINA: 5 de 7	REEMPLAZA LA POLÍTICA CON FECHA:
APROBADA: 1/1/2025	FECHA DE INICIO: 01/01/2025
FECHA DE REVISIÓN ANUAL:	NÚMERO DE REFERENCIA: PARA.PP.OPS.016NC

<ul style="list-style-type: none"> • Reporte de crédito actualizado • Comprobantes de pago del empleador más recientes • Documentación por escrito de sus fuentes de ingresos • Comprobante de elegibilidad para Medicaid <p>B. La validación electrónica de los ingresos del paciente y el tamaño de la familia, como Experian, puede respaldar una determinación según el presente documento con o sin FAA completa o documentación de respaldo completa; sin embargo, es posible que sea necesaria una FAA completa, documentación de respaldo específica o una revisión de activos antes del procesamiento en la medida necesaria para cumplir las leyes, reglamentaciones o requisitos del programa aplicables que rijan cualquier reporte de ayuda benéfica aplicable.</p> <p>C. Se debe animar en particular a los beneficiarios de Medicare a que den la mayor cantidad de documentación posible para respaldar los requisitos de verificación independiente de ingresos y recursos de Medicare. Está permitido hacer seguimiento a los beneficiarios de Medicare para pedir más documentación de respaldo.</p> <p>Puede haber circunstancias atenuantes en las que no se pueda completar la comprobación de recursos porque el paciente/responsable (i) no completa o no puede completar la FAA, o (ii) no proporciona o no puede proporcionar la documentación de respaldo listada arriba. En esas circunstancias, un administrador puede no exigir la documentación necesaria y extender una condonación como ayuda benéfica, congruente con esta Política. Estas circunstancias atenuantes pueden incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. <i>Pacientes identificados como residentes indocumentados o sin hogar mediante:</i> <ul style="list-style-type: none"> • Evaluación de elegibilidad para Medicaid • Proceso de registro • Alta a un refugio • Documentación clínica o de administración de casos • Ausencia de reporte de crédito ii. <i>Pacientes que fallecen</i> - si se determina por medio del contacto de la familia o registros judiciales que no existe un patrimonio, se puede considerar una condonación como ayuda benéfica (incluso si el paciente tenía un cónyuge). iii. <i>Indigencia médica</i> - además de lo indicado arriba, si un paciente/responsable cumple el estado de indigencia médica según las directrices o requisitos estatales.
--

DEPARTAMENTO: Soporte de Operaciones (Operations Support)	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Política de ayuda económica benéfica de los hospitales de Carolina del Norte para personas sin seguro o con seguro insuficiente (Política de mitigación de deuda médica)
PÁGINA: 6 de 7	REEMPLAZA LA POLÍTICA CON FECHA:
APROBADA: 1/1/2025	FECHA DE INICIO: 01/01/2025
FECHA DE REVISIÓN ANUAL:	NÚMERO DE REFERENCIA: PARA.PP.OPS.016NC

D. Pacientes/responsables considerados elegibles.

- i. Se puede considerar que el paciente/parte responsable cumple las directrices de ayuda benéfica si se determina que alguno de los posibles criterios no basados en los ingresos es aplicable.
- 4) Proceso de disputa del paciente: En el caso de que un paciente quiera presentar una disputa y apelar su elegibilidad para una condonación benéfica según esta política, el paciente puede solicitar una revisión al director de Soporte de Operaciones (Operations Support), al director de Finanzas del hospital o a un Ejecutivo del SSC según se define en la política del Proceso de Apelación de Revisión de Caridad (PARA.PP.OPS.020).

Prácticas de cobro de deudas

- 1) Acuerdos con agencias de cobro: Cualquier agencia que participe en los cobros a pacientes tendrá un acuerdo por escrito de que se adherirá a los estándares y el ámbito de ejercicio del hospital y cumplirá la definición y solicitud del hospital de un plan de pago razonable. El hospital también se asegurará de que todas las entidades de cobro de deudas contratadas cumplan todos los requisitos aplicables al hospital descritos en el Compromiso de mitigación de deuda médica al hospital de HASP.
- 2) Protecciones contra el cobro de deudas de pacientes
 - A. El Hospital no venderá ni transferirá deuda médica en ninguna circunstancia. El Hospital, SSC, CSO o cualquier agencia de cobros externa no tomará las siguientes acciones de cobro extraordinarias en ninguna circunstancia: (i) cobrar intereses sobre la deuda médica; (ii) informar la deuda médica a las agencias de crédito; o (iii) emprender actividades de litigio que impliquen demandar a los pacientes o presentar gravámenes sobre las cuentas de deudas incobrables de los pacientes; (iv) provocar el arresto de una persona para cobrar una deuda médica; (v) provocar que una persona sea declarada en desacato civil o encarcelada para cobrar una deuda médica; (vi) ejecutar una hipoteca sobre la propiedad real de una persona para cobrar una deuda; (vii) embargar salarios o reembolsos de impuestos sobre ingresos estatales para cobrar una deuda médica.
 - B. Según HASP, una acción de cobro extraordinaria incluye cualquiera de las siguientes: vender la deuda de un individuo a otra parte, excepto si antes de la venta, el acreedor médico celebra un acuerdo por escrito legalmente vinculante con el comprador de la deuda médica que establece ciertas protecciones para el paciente relacionadas con el cobro de la deuda; reportar información adversa sobre el paciente a una agencia de informes de crédito del consumidor; acciones que exigen un proceso legal o judicial (por ejemplo, poner un gravamen sobre la propiedad de una persona, iniciar una acción civil). El hospital no toma ninguna de esas acciones.

DEPARTAMENTO: Soporte de Operaciones (Operations Support)	DESCRIPCIÓN DE LA POLÍTICA: Política de ayuda económica benéfica de los hospitales de Carolina del Norte para personas sin seguro o con seguro insuficiente (Política de mitigación de deuda médica)
PÁGINA: 7 de 7	REEMPLAZA LA POLÍTICA CON FECHA:
APROBADA: 1/1/2025	FECHA DE INICIO: 01/01/2025
FECHA DE REVISIÓN ANUAL:	NÚMERO DE REFERENCIA: PARA.PP.OPS.016NC

<p>3) <u>Responsabilidad por deuda médica:</u> Ninguna persona (excepto los cónyuges) será responsable de la deuda médica de ninguna otra persona mayor de 18 años, pero las personas pueden suponer la responsabilidad voluntariamente. Un cónyuge considerado responsable de la deuda médica de un paciente será elegible para las mismas políticas de mitigación de deuda médica que se le ofrecen al paciente.</p> <p>4) <u>Apelaciones del seguro:</u> La remisión de la deuda a un cobrador de deudas externo no se producirá hasta al menos 60 días después de cualquier apelación o revisión del seguro.</p>
<p>REFERENCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Carta de compromiso de deuda médica al hospital del Programa de acceso y estabilización de la atención médica (Healthcare Access and Stabilization Program, HASP) de Carolina del Norte