	Política: Cone Health Financial Assistance Program (FAP)	
	Departamento responsable: SW-Pt Acct-Pt Acct Svc Admn	**Fecha de aprobación:** 12/18/2024
	Fecha de entrada en vigor: 12/18/2024	**Fecha de la próxima revisión:** 12/18/2027

OBJETIVO:

La política del Programa de Ayuda Económica (Financial Assistance Program, FAP) de Cone Health respalda el objetivo de ofrecer niveles adecuados de atención de beneficencia, según los recursos del centro y las necesidades de la comunidad. Los objetivos del programa incluyen:

- Representar los valores fundamentales relacionados con la atención de Cone Health en todo momento.
- Asegurarse de que el paciente use otras oportunidades de cobertura apropiadas antes de calificar para la ayuda económica de Cone Health.
- Dar ayuda económica según la capacidad de pago del paciente.
- Asegurar que Cone Health cumpla todas las reglamentaciones federales o estatales requeridas relacionadas con la ayuda económica.
- Establecer un proceso que disminuya la carga para el paciente y sea eficaz de administrar.

DEFINICIONES:

Los términos que se usan en esta política se interpretarán de la siguiente manera:

- **Cantidades generalmente facturadas (Amount generally billed, AGB)**: La cantidad promedio permitida que Cone Health puede facturar a las compañías de seguros comerciales de cuidados administrados y a Medicare por los servicios facturables prestados a los pacientes.
- **Deudas incobrables**: Cuentas que se determinaron como incobrables porque el paciente no pudo pagar la deuda médica pendiente por su atención.
- **Servicios electivos**: Los servicios que, en la opinión de un médico, no son médicamente necesarios o pueden posponerse de forma segura sin poner en peligro la salud y el bienestar del paciente.
- **Atención de emergencia:** Atención inmediata que, según un médico, se necesita por una amenaza inmediata para la vida o el bienestar del paciente, y que justifica la máxima prioridad.
- **Buena fe**: En derecho, la frase “buena fe” se refiere al requisito de actuar honestamente y cumplir las promesas sin aprovecharse de otros de manera injusta ni imponer estándares imposibles. En el caso del FAP, implica que el garante cumple su acuerdo de pago, da la información solicitada, asiste a la audiencia de Medicaid, responde a las solicitudes, etc.
- **Ingresos económicos del grupo familiar**: “El ingreso familiar es el ingreso bruto ajustado modificado del esposo y la esposa si presentan una declaración conjunta, más el ingreso bruto ajustado modificado de cada persona en su familia fiscal a quien usted puede reclamar como dependiente y que está obligado a presentar una declaración de impuestos porque sus ingresos alcanzan el umbral para presentar la declaración”. En comparación con las directrices federales de pobreza anuales, esto incluye, entre otros:
    - Ingresos brutos ajustados anuales del grupo familiar
    - Compensación por desempleo
    - Compensación de los trabajadores
    - Seguro social y Seguridad de Ingreso Suplementario
    - Pagos a veteranos

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

  - Ingresos de pensión o jubilación
  - Otros ingresos aplicables incluyen, entre otros, ingresos por alquiler, pensión alimentaria, manutención infantil y cualquier otra fuente miscelánea.
- **Servicios médicamente necesarios**: Un servicio que se espera razonablemente que prevenga, diagnostique, evite el empeoramiento, alivie, corrija o cure condiciones que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, provoquen deformidad o dolencias físicas, amenacen con causar o agravar una discapacidad o deriven en una enfermedad o dolencia. Los servicios médicamente necesarios incluirán servicios para pacientes hospitalizados y ambulatorios según lo exige el Título XIX de la Ley Federal del Seguro Social.
- **Evento de vida calificado**: Los eventos de la vida se definen como experiencias específicas que interrumpen las actividades habituales de una persona, y generan un cambio sustancial y la necesidad de reajuste (p. ej., divorcio, fallecimiento de un cónyuge, pérdida del empleo, nacimiento de un hijo, etc.).
- **No asegurado:** Pacientes que no están cubiertos por un plan médico, compensación de los trabajadores, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales o federales, asistencia a víctimas, etc., o responsabilidad civil de terceros por accidentes automovilísticos u otros tipos de accidentes.

POLÍTICA:
Cone Health ofrecerá niveles de atención apropiados, según los recursos del centro y las necesidades de la comunidad. Cone Health se compromete a ayudar a los pacientes a obtener cobertura de varios programas, y a dar ayuda económica a todas las personas que necesiten tratamiento en el hospital médicamente necesario. Cone Health siempre dará atención de emergencia médicamente necesaria independientemente de la capacidad de pago del paciente. De manera similar, los pacientes que pueden pagar tienen la obligación de pagar, y los proveedores tienen el deber de exigirles el pago.

Directrices para la ayuda económica:
Escala de elegibilidad:

- Se dará atención de beneficencia completa a pacientes asegurados y no asegurados que ganen menos del 200 por ciento del nivel federal de pobreza (federal poverty guideline, FPG). Para los pacientes asegurados que califican, la atención de beneficencia se aplicará al saldo restante del paciente después de que el seguro haya procesado los servicios.
- Queda excluida bajo esta política la aplicación de descuentos a los copagos aplicables del paciente asegurado.
- Para los pacientes con ingresos entre el 201 por ciento y el 400 por ciento del FPG, se darán descuentos para limitar la obligación de pago del paciente al saldo de su cuenta después de restar el porcentaje de descuento aplicable según los ingresos del grupo familiar relacionados con el FPG, como se indica en la siguiente tabla:

Descuento	Directrices federales de pobreza del año en curso por tamaño del grupo familiar
100%	Los ingresos familiares son menores que el 200% del FPG
75%	Los ingresos familiares son del 200% al 249% del FPG
50%	Los ingresos familiares son del 250% al 400% del FPG

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

Elegibilidad presuntiva, elegibilidad no basada en ingresos:
Los pacientes que califican y reciben beneficios de los siguientes programas pueden considerarse elegibles para recibir ayuda económica del 100 por ciento:

- Personas sin hogar
- Incapacidad mental sin un representante que actúe en nombre del paciente
- Inscripción en Medicaid del paciente o de un menor en su grupo familiar
- Inscripción en otro programa de asistencia pública sujeto a prueba de ingresos (incluyendo, entre otros, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños y el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)
- **Pacientes fallecidos.** Los saldos impagos de pacientes fallecidos sin patrimonio ni responsables sobrevivientes califican para recibir asistencia.
- **Calificación de elegibilidad presuntiva.** Pacientes que son determinados como elegibles por un proveedor externo, seleccionado por Cone Health, usando un mecanismo de calificación que establece un perfil financiero del paciente.

Los pacientes que cumplan los criterios de elegibilidad presuntiva recibirán ayuda económica sin necesidad de completar la solicitud que se describe abajo. Se debe obtener y archivar la documentación que respalde la calificación del paciente o su participación en un programa. A menos que se indique lo contrario, una persona que se considere elegible según estos criterios seguirá siendo elegible durante el período de elegibilidad que se describe abajo, a menos que el personal de Cone Health tenga motivos para creer que el paciente ya no cumple los criterios presuntivos. La elegibilidad presuntiva se determinará usando un proveedor externo que tenga un perfil financiero del paciente.

Requisitos de documentación:
Si Cone Health no puede determinar la elegibilidad basándose en el proceso de evaluación presuntiva, se requiere documentación del tamaño del grupo familiar y sus ingresos. La elegibilidad no basada en ingresos se describe más adelante en esta política. Los documentos aceptables pueden incluir:

- Formulario 1040 más reciente del IRS.
- Recibos de pago de todas las personas que trabajan en el grupo familiar (según se define en esta política) correspondientes a los últimos tres (3) meses.
- Estados de cuenta bancarios de los últimos tres (3) meses.
- Estados de cuenta de inversión de los últimos tres (3) meses.

Si el paciente no presenta o no puede presentar la información que se indica arriba, Cone Health puede usar otra evidencia para demostrar su elegibilidad.

Si se requiere información adicional del paciente para completar la solicitud, Cone Health informará a la persona por escrito sobre la información que falta y le dará un período de tiempo razonable para presentarla. Si la información no se recibe dentro de un tiempo razonable, la solicitud puede ser denegada.

Período de elegibilidad basado en ingresos:

- Una persona que se considere elegible según estos criterios continuará siendo elegible durante seis meses después de la fecha de aprobación inicial, a menos que se identifique información que indique que el estado del paciente cambió y que lo haría no elegible.

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

- Los pacientes que tengan solicitudes denegadas no podrán volver a presentar una solicitud durante seis (6) meses, a menos que tengan un evento de vida calificado o cumplan los criterios de elegibilidad descritos en la sección de elegibilidad no basada en ingresos de esta política.
- Después de la aprobación inicial, Cone Health también incluirá cuentas como elegibles para recibir ayuda económica si el primer estado de cuenta después del alta se envió por correo 240 días o menos desde la fecha de elegibilidad.
- Los pagos hechos de manera personal (p. ej., por el paciente o en nombre del paciente) en una cuenta calificada se reembolsarán al beneficiario. No se reembolsarán los pagos de ninguna otra fuente (incluyendo seguros, programas para personas indigentes, programas de reembolso de medicamentos u otros programas similares o relacionados).

Población elegible:
Esta política se aplica a pacientes asegurados y no asegurados que sean hospitalizados para recibir atención médicamente necesaria y sean residentes de cualquiera de los siguientes:

- El estado de Carolina del Norte;
- La ciudad de Danville, Virginia; o
- Los condados de Pittsylvania, Henry o Halifax de Virginia.

Aviso de elegibilidad:
Después de recibir la solicitud del paciente para ayuda económica y cualquier información financiera u otra documentación necesaria para determinar su elegibilidad, Cone Health informará al paciente sobre la determinación de su elegibilidad dentro de un período de tiempo razonable.

Pero Cone Health evaluará a los pacientes para determinar su elegibilidad independientemente de sus ingresos y enviará un aviso de elegibilidad basado en lo siguiente:

1. La evaluación de los servicios que no sean del departamento de emergencias se hará antes de prestar el servicio o en el momento del registro. Se informará a los pacientes sobre su elegibilidad antes de recibir el alta.
2. Para los servicios médicos de emergencia, la evaluación se hará tan pronto como sea razonablemente posible y, si se puede, antes del alta. Se informará a los pacientes sobre su elegibilidad antes de que Cone Health les emita una factura.

Servicios médicos de emergencia:
Para los servicios de emergencia, Cone Health cobrará una tarifa a los pacientes asegurados y no asegurados que sea mayor entre (1) la cantidad que el paciente debería pagar según los descuentos porcentuales especificados en la tabla de descuentos y (2) $35, sin exceder el costo compartido según el plan médico del paciente (para pacientes asegurados). Cualquier cantidad que debe pagarse según esta sección no se cobrará hasta que el paciente se haga cualquier evaluación médica requerida según la ley federal o estatal.

Servicios no cubiertos:
Esta política no se aplicará a los servicios considerados electivos, estéticos o médicamente no necesarios.

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

Comunicación de ayuda económica:
Cone Health comunica la disponibilidad de la política de ayuda económica a todos los pacientes mediante los siguientes medios:

- En el sitio web del centro: www.conehealth.com
- En todos los estados de cuenta
- Información publicada en lugares visibles en todos los centros de Cone Health
- Información dada durante el registro y en entrevistas con asesores financieros
- Disponible para recoger en cualquier área de cajeros o alta de los centros
- Puede encontrar una copia de esta política sin costo, previa solicitud por correo o en persona, en las siguientes direcciones:

  Dirección:
  Cone Health
  Customer Service Department
  1200 North Elm Street
  Greensboro, NC 27401-1020

  Dirección física:
  Moses Cone Hospital
  Financial Counseling Department
  1200 North Elm Street
  Greensboro, NC 27401
  336-832-8014

La política y la solicitud de ayuda económica están disponibles en inglés, español, vietnamita y árabe. Hay servicios de interpretación disponibles en otros idiomas.

Participación de los médicos que trabajan en Cone Health:
Se actualizará semestralmente una lista de los médicos incluidos en esta política de ayuda económica y está disponible comunicándose con:

Cone Health
Customer Service Department
1200 N. Elm Street
Greensboro, NC 27401-1020
336-832-8014

Además, Cone Health publica una lista de la participación de los médicos en el sitio web de Cone Health en https://www.conehealth.com/patients-visitors/patient-financial-services/financial-assistance/.

Responsabilidades del paciente relacionadas con la ayuda económica:
Si corresponde, antes de ser considerado para recibir ayuda económica, el paciente o la familia debe cooperar con el proveedor para presentar 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 de terceros, etc. Esto incluye solicitar cobertura del mercado de seguros médicos.

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.

- Un paciente que califica para descuentos parciales debe colaborar con el proveedor para establecer un plan de pago razonable que considere los ingresos y activos disponibles, la cantidad de las facturas descontadas y cualquier pago anterior.
- Los pacientes que califican para descuentos parciales deben hacer un esfuerzo de buena fe para cumplir los planes de pago de sus facturas de atención médica con descuento. Son responsables de comunicar al proveedor cualquier cambio en su situación económica que pueda afectar su capacidad para pagar las facturas de atención médica con descuento o para cumplir las condiciones de sus planes de pago.
- Los pacientes que no cooperen presentando información o documentación no serán elegibles para participar en el programa de ayuda económica.

Descuentos para personas no aseguradas:
Los pacientes no asegurados recibirán un descuento sobre los cargos brutos de todos los servicios médicamente necesarios. Esto se aplica automáticamente y no se requiere ninguna acción del paciente para recibir este descuento. Este programa está disponible para todos los pacientes no asegurados. Los cálculos se basan en la cantidad generalmente facturada (AGB) a Medicare y a las compañías de seguros médicos privadas.

Cantidades generalmente facturadas (Amount generally billed, AGB):
La cantidad generalmente facturada se determina usando el "método de actualización", que se calcula de la siguiente manera:

- La cantidad generalmente facturada para la atención de emergencia o médicamente necesaria que se da a una persona elegible para recibir ayuda económica se determina dividiendo la suma de los pagos hechos por Medicare y otras compañías de seguros privadas entre los cargos brutos asociados a esos reclamos. El porcentaje se calcula al menos una vez al año dividiendo la suma de ciertos reclamos pagados al centro por la suma de los cargos brutos asociados a dichos reclamos.
- El porcentaje se evalúa al final del año fiscal (31 de diciembre) para los 12 meses anteriores. Cualquier cambio entrará en vigor dentro de los 60 días. La información sobre AGB está disponible y se puede obtener sin costo adicional enviando una solicitud a:

  Cone Health
  Customer Service Department
  1200 N. Elm St.
  Greensboro, NC 27401-1020
  336-832-8014

Información adicional:
Cone Health estableció una política de facturación y cobros por separado, que describe las acciones que se pueden tomar sobre los saldos adeudados por los pacientes. Se puede obtener una copia de la póliza sin costo para el paciente enviando una solicitud a:

Cone Health
Customer Service Department
1200 N. Elm St.
Greensboro, NC 27401-1020
336-832-801

Las copias impresas son solo para referencia. Consulte la copia electrónica para obtener la versión más reciente.