



Policies and Procedures
Políticas y procedimientos

Título de la política: Política de solución de dificultades/ <i>Cone Health Hardship Settlement Policy</i>			
Departamento responsable: Contabilidad del paciente <i>Patient Accounting</i>	Código de la política: OP-PAC-2014-203	Fecha de vigencia: Febrero 5, 2016	Próxima fecha de repaso/revisión: Enero 1, 2017
Título de la persona responsable: Vicepresidente, Ciclo de ingresos	Consejo de aprobación: Comité de finanzas, Junta directiva		Fecha aprobada por el consejo: Enero 25, 2016

PROPÓSITO:

La política de solución de dificultades del hospital brinda una oportunidad para que los pacientes soliciten descuentos en los saldos que deben al hospital de más de \$5,000.00. El propósito de esta política es reconocer que incluso después de que el hospital ha dado un descuento automático para todos los pacientes sin seguro, todavía podría haber una situación en la que el paciente esté experimentando una dificultad financiera para pagar el saldo en su totalidad. Esta política también aplica a los pacientes asegurados que también puedan experimentar una dificultad financiera al pagar el saldo después de todos los pagos de terceros.

Cone Health tiene los siguientes objetivos para el proceso de solución de dificultades:

- **Ser el modelo en todo momento del valor fundamental que tiene Cone Health de “Cuidado”**
- **Proporcionar soluciones en base a la capacidad del paciente para pagar**
- **Establecer un proceso que reduzca al mínimo la carga para el paciente y que sea eficiente de administrar**

DEFINICIONES:

Los términos utilizados en esta política se han de interpretar de la siguiente manera:

- **Bienes:** Incluyen las acciones de bienes raíces, saldos de cuentas corrientes, de ahorros y de inversiones.
- **Deuda mala:** Las cuentas que han sido categorizadas como incobrables debido a que el paciente no ha podido pagar la deuda médica pendiente.
- **Electivo:** Aquellos servicios que en la opinión de un médico no son necesarios o se pueden aplazar de forma segura.
- **Servicios de emergencia:** La atención médica inmediata que es necesaria en la opinión de un médico para evitar poner la salud del paciente en grave peligro, deterioro grave de las funciones corporales o disfunción grave de cualquier órgano o partes del cuerpo.
- **Ayuda financiera:** La ayuda financiera está diseñada para ayudar a los pacientes que califiquen que no pueden pagar la totalidad o parte de sus gastos de atención médica.

- Ingresos financieros del hogar: Los ingresos financieros del hogar medidos de acuerdo a las pautas federales de pobreza anual se determinan de la suma del ingreso familiar anual más cualquier otro saldo de cuentas bancarias corrientes y de ahorros. Las fuentes de los recursos financieros del hogar incluyen, pero no se limitan a lo siguientes:
 - Ingresos de trabajo anual antes de los impuestos
 - Saldos de cuentas corrientes, de ahorros y de inversiones de más de \$10,000.00
 - El 50% del valor de la vivienda de más de \$50,000
 - Compensación por desempleo
 - Compensación a los trabajadores
 - Ingreso del seguro social y del seguro suplementario
 - Pago a los veteranos
 - Ingreso de pensión o retiro
 - Otros ingresos aplicables para incluir, pero no limitado a: renta, pensión alimenticia, manutención de los hijos y cualquier otra fuente diferente.
- Médicamente necesario: Los servicios hospitalarios prestados a un paciente con el fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición o el empeoramiento de las condiciones que ponen en peligro la vida, causan sufrimiento o dolor, causan deformidad física o mal funcionamiento, amenazan con causar o agravar un impedimento o resultan en una enfermedad general o dolencia.
- Seguro insuficiente: Los pacientes cubiertos por una fuente de financiación de terceros, pero que están en riesgo de gastos altos de su bolsillo debido a su paquete de plan de beneficios. Esto puede incluir, pero no se limitan a: planes de deducibles altos, planes de coseguros/copagos altos, políticas de pagos bajos por día, etc.
- No asegurados: Los pacientes que no están cubiertos por un plan de seguro médico, un plan de seguro subsidiado de ACA, compensación a los trabajadores, planes gubernamentales tales como Medicare y Medicaid, plan de agencia federal/estatal, ayuda a víctimas, etc., o responsabilidad de terceros como resultado de accidentes automovilísticos o de otro tipo.

POLÍTICA:

Los pacientes que no califican para recibir ayuda financiera bajo las guías del programa de ayuda financiera de Cone Health (*Cone Health Financial Assistance Program-FAP*) pueden solicitar que se les haga una revisión para una solución de la dificultad.

El otorgamiento de una solución de la dificultad se basa en una solicitud del paciente y en la determinación de la necesidad económica. La necesidad económica se determinará mediante la comparación de los recursos financieros totales del hogar y de los bienes con el saldo total restante del hospital que le queda al paciente después del pago por todos los terceros. Para ser elegible para una solución de dificultad, se deben cumplir los siguientes criterios:

- El saldo restante del hospital después de todos los pagos de terceros debe ser superior a \$5,000.00.
- El saldo restante del hospital después de todos los pagos de terceros debe ser superior al 20% de los recursos financieros totales del hogar del paciente.

CONE HEALTH mantendrá la confidencialidad de la información y mantendrá la dignidad de todos los pacientes que buscan una solución de la dificultad.

Guías de elegibilidad

- **Servicios Elegibles:**
 - Todos los servicios de hospitalización médicamente necesarios (según lo determinado por un médico).

- Todos los servicios ambulatorios médicamente necesarios (según lo determinado por un médico).
- Todos los servicios médicos de urgencia hospitalaria provistos en una sala de emergencias.
- **Servicios inelegibles**
 - Servicios estéticos y opcionales
 - Servicios de farmacia para pacientes ambulatorios
- **Pacientes elegibles**
 - De North Carolina y de los condados Pittsylvania, Henry y Halifax de Virginia
 - Los pacientes que apropiada y honestamente llenen una solicitud de solución de dificultades.
 - Los pacientes tiene 240 días a partir del recibo del primer estado de cuenta después de habersele dado de alta para aplicar e incluir las cuentas incobrables.
- **Pacientes inelegibles**
 - Los pacientes a los que se les proporcionó ayuda en base a la política de ayuda financiera del hospital.
 - Los pacientes sin seguro que no cooperaron con el proceso bajo la política de FAP.
 - Los pacientes que no residen en North Carolina ni en los condados de Pittsylvania, Henry y Halifax de Virginia.
 - Los pacientes que proporcionan información falsa.
- **Saldos elegibles**
 - Los saldos restantes del hospital después de todos los pagos de terceros de más de \$5,000.00.
 - Los saldos restantes del hospital después de todos los pagos de terceros mayores del 20% de los recursos financieros totales del hogar del paciente.

Determinación de elegibilidad

- Si un paciente cooperó pero no es elegible para el proceso de FAP, puede optar por solicitar una solución de dificultad bajando la información sobre una solución de dificultades del hospital a través del sitio web del hospital. Los pacientes también pueden pedir una solicitud poniéndose en contacto con el Departamento de Servicio al Cliente (*Customer Service Department*) llamando al 336-832-8014. Sólo se revisarán las solicitudes que estén completas.
- Las solicitudes completas serán revisadas al recibo de la misma y deben presentarse dentro de las dos semanas de haber solicitado una aplicación. La elegibilidad se basa en los recursos financieros totales del hogar del paciente y de los bienes de los 90 días previos reportados en el momento de la evaluación. Los recursos financieros del hogar y los bienes se verificarán por medio de un proveedor de terceros. Si hay una discrepancia entre lo que el paciente reportó y lo que reportó el proveedor de terceros, se puede requerir documentación adicional de la empresa y de las instituciones bancarias. El paciente debe cooperar plenamente con este proceso para ser elegible para una solución de la dificultad.
- Los pacientes que pueden demostrar que su saldo restante es de al menos el 20% de sus recursos totales del hogar y que el saldo es de más de \$5,000 serán elegibles para un descuento como se indica en el siguiente cuadro.

Descuentos de solución de dificultades**Descuento****Saldo a pagar**

El saldo a pagar es igual o superior al 60% de los recursos financieros totales del hogar del paciente	100%
El saldo a pagar es igual o superior al 50% y menor que el 60% de los recursos financieros totales del hogar del paciente	75%
El saldo a pagar es igual o superior al 35% y menor que el 50% de los recursos financieros totales del hogar del paciente	50%
El saldo a pagar es igual o superior al 20% y menor que el 35% de los recursos financieros totales del hogar del paciente	25%

Ejemplo:

- Si la obligación pendiente de un paciente es de \$20,000 y los recursos financieros totales del hogar del paciente son de \$50,000, ellos podrían calificar para un 50% de descuento y el saldo a pagar sería de \$10,000.
- Se pueden solicitar planes de pago para ayudar en el pago de los saldos después de los descuentos de ayuda financiera.
- Cone Health se reserva el derecho de revocar las soluciones de dificultades proporcionada por esta política si la información provista por el paciente durante el proceso de recopilación de la información se determina como falsa o si el hospital obtiene prueba de que el paciente ha recibido compensación por servicios de otras fuentes.

DOCUMENTOS DE REFERENCIA/ENLACES:

Resumen de la ayuda financiera del hospital y programas de descuento ([Summary of Hospital Financial Assistance and Discount Programs](#))

FECHAS ANTERIORES DE REPASO/REVISIÓN:

<i>Fecha</i>	<i>Repasado</i>	<i>Revisado</i>	<i>Notas</i>
Julio 1, 2014			Fecha de formalización.
Enero 25, 2016			Aprobado por el consejo.