

| | | | |
|--------------------|--|--|--------|
| TÍTULO | Asistencia financiera - Hospitales de Carolina del Sur | | |
| NÚMERO | NH-LD-FM-500 | Fecha de entrada en vigencia de la última revisión: | Dic-24 |
| CATEGORÍA | LD-FM | | |
| SE APLICA A | Mercado de Novant Health Carolina del Sur: East Cooper Medical Center, Hilton Head Medical Center, South Carolina Coastal Medical Center | | |

I. ALCANCE/PROPÓSITO

El lema de Novant Health, “Creamos un futuro más saludable y damos vida a experiencias extraordinarias”, refleja el legado sin fines de lucro y la responsabilidad social de Novant Health ante las comunidades en las que nos encontramos.

II. POLÍTICA

Novant Health, Inc y sus filiales (“Novant Health”) proporcionan Asistencia financiera (atención gratuita) para pacientes de bajos ingresos que cumplan con los requisitos necesarios. Este servicio, junto con otros servicios de beneficios comunitarios, es esencial para la ejecución de la misión de Novant Health.

El propósito de esta política es establecer los criterios y condiciones para brindar Asistencia financiera a pacientes a quienes les resulta difícil o imposible pagar servicios de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico debido a su situación financiera. Esta política no cubre servicios opcionales. Las personas que cumplan con los criterios de elegibilidad establecidos en esta política califican para recibir atención sin cargo para servicios de emergencia o necesarios desde el punto de vista médico. Se mantendrá la confidencialidad de la información y la dignidad individual de todas las personas que soliciten ayuda de conformidad con esta Política.

A. Elegibilidad para la atención de caridad.

1. Área de servicio –

- a. *Pacientes del hospital*: los residentes dentro del área de servicio de Novant Health (ver el documento adjunto) son elegibles para solicitar Asistencia financiera, según se define en esta Política.
- b. *Pacientes de radiología ambulatoria en un centro de cuidados no agudos (“Radiología ambulatoria”)*: los pacientes que vivan dentro de un radio de 25 millas del centro son elegibles para solicitar atención de caridad, según se define en esta Política.

Los Presidentes de Mercado o las personas designadas revisarán y aprobarán a los pacientes fuera del área de servicio aplicable de Novant Health. Para inscripciones planificadas, sin autorización previa, se espera que los pacientes paguen los servicios prestados si residen fuera del área de servicio de Novant Health.

2. Ingresos. el paciente no debe tener seguro, no debe poder acceder a Programas de asistencia, debe tener ingresos familiares anuales inferiores o iguales al 300 % de las pautas federales de pobreza disponibles del año actual y no debe tener activos líquidos importantes (es decir, efectivo en caja). La cobertura de las partes aseguradas debe

otorgarse únicamente en circunstancias limitadas luego de que la gerencia revise y apruebe todos los documentos de Atención de caridad.

3. Servicios cubiertos. para los pacientes del hospital y radiología ambulatoria, los servicios cubiertos incluyen servicios de emergencia y necesarios desde el punto de vista médico recibidos en un hospital de Novant Health, consultorio de un proveedor o en un entorno de radiología ambulatoria. Los servicios cubiertos no incluyen servicios o procedimientos cosméticos, opcionales, pruebas no urgentes o servicios de fertilidad o tratamientos experimentales.
 4. Otra cobertura médica. Los pacientes que se sepa que han elegido no participar en planes de salud patrocinados por el empleador o no sean elegibles para la cobertura de salud patrocinada por el gobierno debido a que no cumplen con los requisitos del programa no son elegibles para recibir atención de caridad de conformidad con esta Política. Esta exclusión no se aplica a pacientes que se sabe que eligieron no participar en el intercambio de atención médica establecido por la Ley de Atención Asequible.
 5. Circunstancias especiales. Los pacientes fallecidos sin un patrimonio o cobertura de terceros pueden tenerse en cuenta para la elegibilidad para Atención de caridad. También pueden ser elegibles para recibir atención de caridad los pacientes que están en bancarota.
- B. Solicitud: el paciente completará una solicitud (ver la solicitud adjunta) con todos los datos de respaldo necesarios para verificar la elegibilidad para la Asistencia financiera y la devolverá a la oficina comercial, al defensor del ciclo de ingresos o a un asesor financiero del centro o clínica. Los datos de respaldo incluyen documentos de constancia de ingresos, como los formularios W2, recibos de sueldo o la declaración de impuestos del año anterior. Los pacientes sin una fuente de ingresos deben enviar una carta de respaldo que indique su necesidad de ser considerados para recibir Asistencia financiera en función de su situación financiera actual. Las cartas deben, como mínimo, especificar que el paciente no tiene documentación financiera de respaldo para proporcionar. Consulte la Sección G a continuación. Las solicitudes se mantendrán en el centro o la oficina comercial de la clínica y se proporcionarán a las personas que soliciten Asistencia financiera o estén identificadas como posibles candidatos para recibir Asistencia financiera. Las solicitudes están disponibles en inglés y español. Para proporcionar asistencia para completar la solicitud, póngase en contacto con un asesor financiero a través de cualquiera de los números telefónicos indicados en la Sección O de esta Política.
- C. Determinación basada en la solicitud: una vez que se reciban los documentos completos y se haya tomado una determinación de elegibilidad, se enviará una carta de notificación a cada solicitante con dirección conocida en la que se le informará acerca de la decisión de los centros o la clínica. Si el paciente cumple con los requisitos de elegibilidad, se lo designará como elegible para recibir Asistencia financiera. Se contactará por teléfono o correo postal a los pacientes que envíen solicitudes incompletas o no proporcionen la documentación de respaldo.
- D. Proveedores que brindan atención de emergencia y necesaria desde el punto de vista médico: cada centro de NH mantiene una lista de proveedores que brindan atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico en el centro de NH, lo que identifica qué proveedores están cubiertos de conformidad con esta Política (“Lista de proveedores”). Esta lista puede actualizarse regularmente sin la aprobación de la Junta de administración del centro de NH. - Se puede obtener una Lista de Proveedores a través del sitio web de Novant Health o al ponerse en contacto con un asesor financiero a través de los números telefónicos indicados en la

Sección O de esta Política.

- E. Período de elegibilidad: la solicitud y la documentación de la Asistencia financiera deben actualizarse cada seis meses, o en cualquier momento durante ese período de seis meses en que los ingresos familiares del paciente o el estado de su seguro se modifica de tal manera que el paciente pierde su elegibilidad. Se revisará cada visita dentro del período de seis meses para identificar posibles accesos a otros Programas de Asistencia.
- F. Sin documentación financiera de respaldo: los pacientes sin una fuente de ingresos pueden clasificarse como Asistencia financiera si no tienen un trabajo, una dirección postal, una residencia o un seguro. También deben considerarse los pacientes que no brindan información adecuada con respecto a su estado financiero. Los pacientes sin una fuente de ingresos deben enviar una carta de respaldo que indique su necesidad de ser considerados para recibir Asistencia financiera en función de su situación financiera actual. Las cartas deben, como mínimo, especificar que el paciente no tiene documentación financiera de respaldo para proporcionar. La Asistencia financiera no puede negarse conforme a esta Política si el solicitante no cumple con el requisito de brindar información o documentación que esta Política o el formulario de solicitud no le exigen a una persona que proporcione.
- G. Acciones de facturación y cobro: para obtener información acerca de las actividades de facturación y cobros de Novant Health, por favor consulte la Política de Facturación y Cobros de Novant Health. Se puede obtener una copia de la política a través del sitio web de Novant Health o al ponerse en contacto con un asesor financiero a través de los números telefónicos indicados en la Sección O de esta Política.
- H. Fecha de entrada en vigencia de la Atención de caridad: si bien es conveniente determinar la elegibilidad de un paciente para recibir Atención de caridad lo más cerca posible a la fecha en que se prestará el servicio, siempre que el paciente envíe la documentación requerida dentro del Período de solicitud, se proporcionará la Asistencia financiera, si se considera elegible.
- I. Mantenimiento de registros: los registros relacionados con posibles pacientes de Atención de caridad deben obtenerse rápidamente para su uso. Las imágenes de los documentos relacionados con la atención de caridad son accesibles para recuperarlas en las siguientes áreas de la cuenta o el nivel de registro médico del paciente:
- Centros de atención aguda SC Coastal (East Cooper, Coastal Carolina y Hilton Head): La documentación de la solicitud se escanea en VI Web. Los documentos físicos recibidos por correo del paciente se envían por correo electrónico a CFAC@coniferhealth.com y se escanean en VI Web. La documentación de la solicitud física se escanea en VI Web de inmediato, pero las copias impresas se conservan en armarios de archivos cerrados durante un máximo de 60 días antes de su destrucción.
- J. Cargos: no se le cobrará a ninguna persona que sea elegible para recibir Asistencia financiera por atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico según esta Política. Si Novant Health cobrara por recibir atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico según esta Política, usaría el método prospectivo para determinar los montos generalmente facturados utilizando las tarifas de Medicaid (“amounts generally billed, AGB”) y no le cobraría a una persona elegible para Asistencia financiera una cantidad

- superior a los AGB.
- K. Presupuesto de la Asistencia financiera: la disponibilidad de la Asistencia financiera puede limitarse según el presupuesto de Novant Health u otras restricciones financieras, lo cual impactaría en la capacidad de Novant Health de mantenerse financieramente viable.
- L. Notificación pública y publicación: Novant Health pondrá a disposición del público información acerca de la asistencia brindada en esta Política de la siguiente manera:
- Esta Política, la solicitud y un Resumen en lenguaje común estarán disponibles en el sitio web de NH.
 - Copias impresas de esta Política, la solicitud y un Resumen en lenguaje común estarán disponibles a solicitud y sin cargo, tanto por correo como en establecimientos públicos de todos los centros de Novant Health, incluidas, como mínimo, las áreas de emergencia y admisión.
 - Folletos de Asistencia financiera, que informan al lector acerca de la Asistencia financiera disponible conforme a esta Política, sobre cómo obtener más información acerca de esta Política y el proceso de solicitud, y cómo obtener copias de esta Política, la solicitud y un Resumen en lenguaje común, están disponibles en diferentes clínicas de salud gratuitas de la comunidad dentro de las áreas de servicio de Novant Health.
 - Como parte del proceso de admisión o de alta hospitalaria, se le ofrecerá a los pacientes una copia impresa del Resumen en lenguaje común.
 - Los estados de facturación incluirán una llamativa notificación para informar al lector acerca de esta Política, como se establece más detalladamente en la Política de facturación y cobro de Novant Health.
 - Se colocarán avisos públicos ostensibles que informen y notifiquen a los pacientes acerca de esta Política en establecimientos públicos de todos los centros de Novant Health, incluidas, como mínimo, las áreas de emergencia y admisiones.
- M. Acceso para personas con un dominio limitado del inglés: Novant Health pondrá esta Política, el formulario de solicitud y el Resumen con lenguaje común a disposición de todas las poblaciones importantes que tienen un dominio limitado del inglés (Limited English proficiency, LEP). Para determinar si una población es importante, Novant Health utilizará un método razonable para determinar los grupos lingüísticos de LEP dentro del área de servicio de Novant Health.
- N. Disponibilidad de la Política y documentos relacionados: para los pacientes de hospital, se puede obtener una copia de esta Política, un Resumen en lenguaje común, una solicitud, la Lista de Proveedores y la Política de Facturación y Cobros de la siguiente manera:
- Visite el sitio web de Novant Health: [Financial assistance for the uninsured | Novant Health](#)
 - Al visitar la oficina de Asesoramiento Financiero en cualquier hospital de Novant Health.
 - Llame sin cargo al Servicio de Atención al 844-320-9170
 - Al llamar a un asesor financiero de un hospital de Novant Health a los números que se detallan a continuación:

| | |
|---|----------------|
| Novant Health East Cooper Medical Center | (843) 881-0100 |
| Novant Health Hilton Head Medical Center | (843) 784-8000 |
| Novant Health Coastal Carolina Medical Center | (843) 681-6122 |

Para Radiología Ambulatoria, se puede obtener una copia de la Política de Asistencia financiera, un Resumen en lenguaje común, una solicitud y la Política de facturación y cobros; para ello, se debe poner en contacto con la ubicación determinada.

EXCLUSIONES: Esta política solo se aplica a servicios prestados en las filiales de Novant Health y no se aplica a servicios prestados por ningún médico o profesional independiente. Esta Política tampoco se aplica a los servicios prestados dentro o fuera del hospital/centro por médicos u otros proveedores de atención médica, incluidos pero no limitados a entrea : anesthesiólogos, radiólogos o patólogos, que no sean empleados de Novant Health.

III. PERSONAL CALIFICADO

No corresponde

IV. EQUIPO

No corresponde

V. PROCEDIMIENTO

El procedimiento sirve como orientación para ayudar al personal a lograr las metas de la política. Mientras el personal sigue estos lineamientos sobre los procedimientos, se espera que aplique su buen juicio dentro del alcance de su especialidad o sus responsabilidades laborales.

No corresponde

VI. DOCUMENTACIÓN

No corresponde

VII. DEFINICIONES

Filial: incluye a Novant Health, Inc. y cualquier entidad que le pertenezca completamente o una entidad operada bajo el nombre de Novant Health.

Período de solicitud: el período que comienza en la fecha en que se proporciona la atención a una persona y finaliza el día 240 después de que se le proporciona a la persona el primer estado de facturación por la atención.

Asistencia financiera: los servicios necesarios para tratar una enfermedad, lesión, afección, dolencia o sus síntomas y que cumple con los estándares de medicina aceptados, y que produciría un cambio

adverso en el estado de salud si no se tratara inmediatamente.

Programa de derecho a la asistencia: un programa del gobierno que garantiza ciertos beneficios de atención médica a un segmento de la población. Esto no incluye el intercambio de atención médica establecido por la Ley de Atención Asequible.

Familia: aquí se incluyen el marido, la esposa y los hijos (incluidos hijastros) que vivan en la casa y sean dependientes que reúnen los requisitos necesarios para los fines impositivos.

Ingresos: ganancias familiares y beneficios en efectivo anuales provenientes de todas las fuentes antes de la deducción de impuestos, menos los pagos efectuados para pensión alimenticia y manutención infantil.

Servicios necesarios desde el punto de vista médico: los servicios para una afección, que produciría un cambio adverso en el estado de salud del paciente si no se tratara inmediatamente.

Resumen en lenguaje común: una declaración por escrito que le notifica a una persona que el centro de Novant Health ofrece Asistencia financiera según esta Política y proporciona la siguiente información adicional en un lenguaje que es claro, conciso y fácil de comprender: (i) una descripción breve de los requisitos de elegibilidad y la asistencia ofrecida de conformidad con esta Política; (ii) un resumen breve sobre cómo solicitar la asistencia de conformidad con esta Política; (iii) la dirección directa del sitio web (o URL) y las ubicaciones físicas donde la persona puede obtener copias de esta Política y el formulario de solicitud; (iv) instrucciones sobre cómo la persona puede obtener una copia gratuita de esta Política y el formulario de solicitud; (v) la información de contacto, incluidos el número de teléfono y la ubicación física, de la oficina o el departamento del centro que puede proporcionar información acerca de esta Política y la oficina o el departamento que puede proporcionar ayuda con la solicitud, o una agencia gubernamental o una agencia sin fines de lucro que puede brindar ayuda; (vi) una declaración de la disponibilidad de las traducciones de esta Política, la solicitud y el Resumen en lenguaje común en otros idiomas, si corresponde y (vii) una declaración de que no se le podrá cobrar a una persona elegible para la Atención de caridad una cantidad superior al monto que generalmente se factura a las personas con un seguro que cubre la misma atención de emergencia u otra atención necesaria desde el punto de vista médico.

VIII. DOCUMENTOS RELACIONADOS

Liquidación por catástrofe, descuento para personas sin seguro, plan de pago, admisiones, cargos y asesoramiento financiero, facturación y cobro, Asistencia financiera (Hospitales de CN y clínicas basadas en proveedores), Asistencia financiera (clínicas no basadas en proveedores)

IX. REFERENCIAS

No corresponde

X. PRESENTADO POR

Servicios de Ciclos de Ingresos de Novant Health

XI. PALABRAS CLAVE

Paciente sin seguro, Asistencia financiera

XII. FECHA DE ENTRADA EN VIGENCIA Dic. 2024
INICIAL
FECHAS EN QUE SE HACEN
EFFECTIVAS LAS REVISIONES
FECHAS DE REVISIONES (sin cambios)
Fecha de vencimiento de la próxima revisión Dic. 2027

HOJA DE FIRMAS

| | |
|--------------------|--|
| TÍTULO | Asistencia financiera en hospitales de CS |
| NÚMERO | NH-LD-FM-500 |
| CATEGORÍA | LD-FM |
| SE APLICA A | Mercado de Novant Health Carolina del Sur: East Cooper Medical Center, Hilton Head Medical Center, South Carolina Coastal Medical Center |
| ACCIÓN | Inicial |

APROBADO POR:

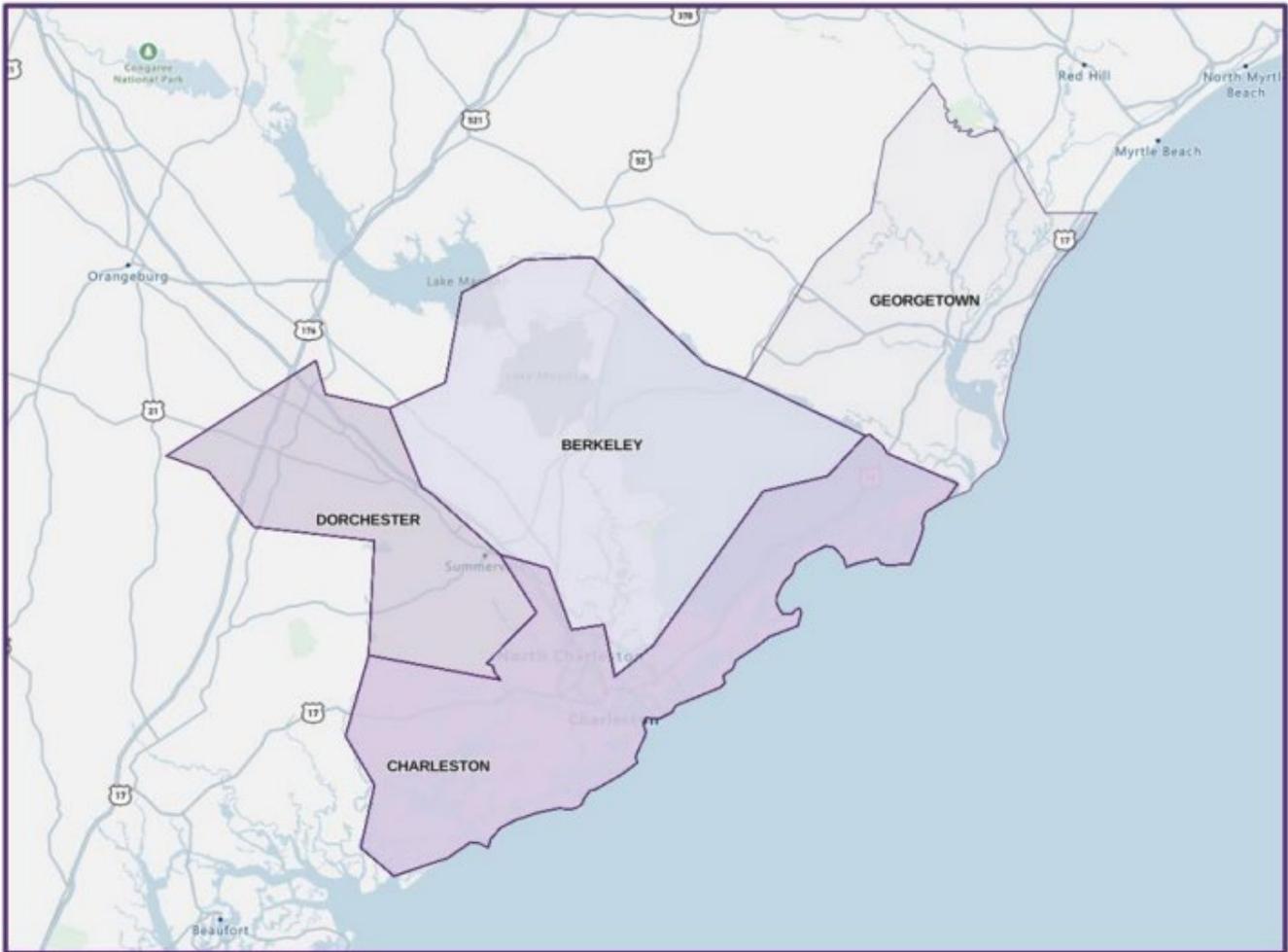
| Título | Aprobado por | Firma | Fecha |
|--|---------------------|--------------|----------------------------|
| Vicepresidente ejecutivo, director financiero | Alice Pope | | Ver aprobación electrónica |

COMITÉS APROBADOS POR:

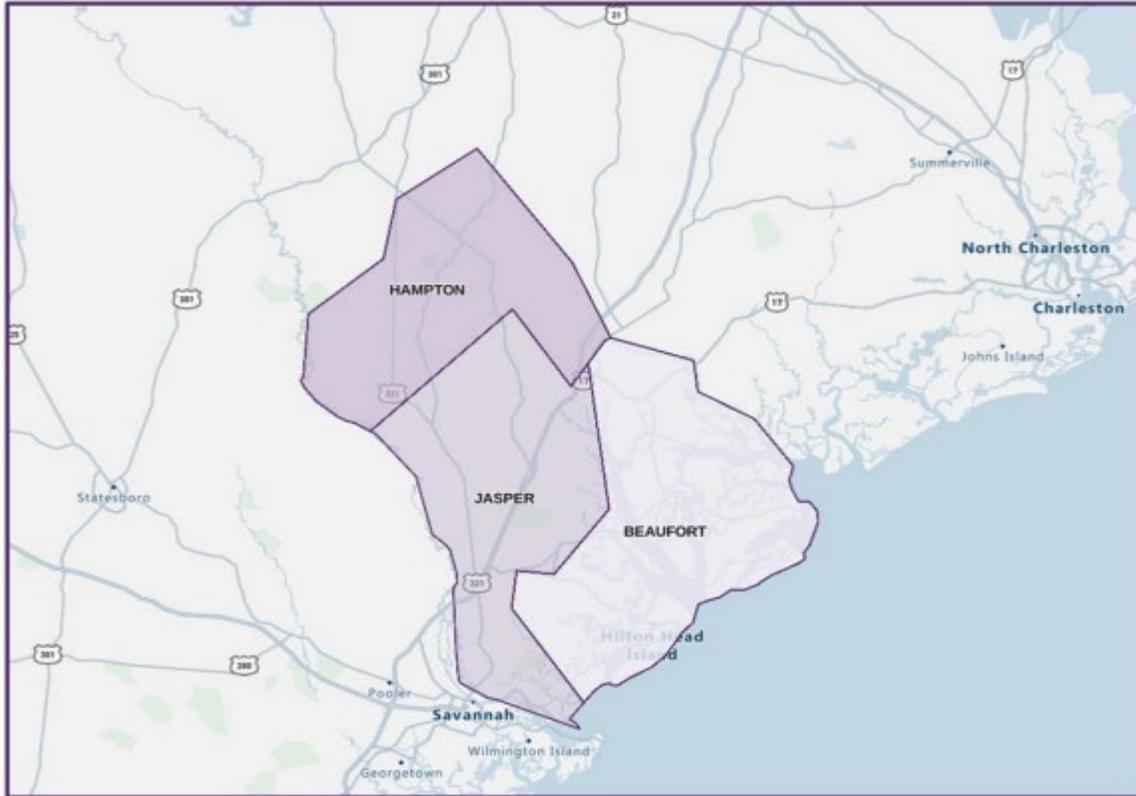
| Comité | Presidente/Persona designada | Fecha |
|--|-------------------------------------|---|
| Junta Directiva de South Carolina Coastal Medical Center | Rose Newton, presidente | 11/21/2024 (PAF de CS entrará en vigencia el 1/1/2025) |
| Junta Directiva de Hilton Head Medical Center | Larry Sanders, presidente | 11/20/2024 (PAF de CS entrará en vigencia el 1/1/2025) |
| Junta Directiva de East Cooper Medical Center | Donna Ryan, presidente | 11/21/2024 (PAF de CS entrará en vigencia el 1/1/2025) |

ELIMINE ESTA ÁREA DE SERVICIO Y DEJE LAS DOS PARA HILTON HEAD Y
CHARLESTON

Área de servicio de Charleston



Área de servicio de Hilton Head



N:

Solicitud de asistencia financiera

I. Características demográficas del paciente

Nombre del paciente: _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Nombre del garante: _____
 (Apellido) (Primer nombre) (Segundo nombre) (N.º de Seguro Social) (Fecha de nacimiento)

Dirección: _____
 (Calle) (Ciudad) (Estado) (Código postal)

Teléfono: _____

¿Ha solicitado Asistencia financiera en algún centro de Novant Health, Inc. (por ej., Novant Health Medical Group, Novant Health Hospital, centros de diagnóstico por imágenes de Novant Health) en el pasado? Sí No

Si la ha solicitado, ¿cuál es la fecha de la solicitud o la aprobación? _____

II. Información familiar

| | | | | |
|---|--------|---------|----------|----------------------------------|
| Estado civil (<i>Encierre en un círculo una opción</i>) | Casado | Soltero | Separado | Total de miembros en la familia: |
|---|--------|---------|----------|----------------------------------|

| Nombres de los dependientes (Adjunte una hoja aparte para los dependientes adicionales) | Fecha de nacimiento del dependiente |
|---|-------------------------------------|
| | |
| | |

III. Empleo/Ingresos

| | |
|--|--|
| Empleador del paciente/garante: | |
| Monto de ingresos brutos mensuales: \$ | |
| Fuente de ingresos: <i>por favor adjunte una verificación o explicación de la situación actual</i> | |
| Fuente de ingresos del cónyuge o de otro tipo y monto de ingresos brutos mensuales: \$ | |
| Ingresos familiares brutos anuales totales: \$ | |
| ¿Posee una cuenta bancaria activa? | ¿Declaró los impuestos del año anterior? |

IV. Verificación del seguro

| | | |
|--|----|----|
| ¿Posee algún seguro médico? | SÍ | NO |
| Nombre de la compañía de seguro: | | |
| ¿Tiene empleo? | SÍ | NO |
| Para el empleador actual o si quedó desempleado en los últimos 90 días, ex empleador, por favor proporcione: El nombre del empleador (y las fechas de empleo si ya no es empleado): | | |
| El nombre de la compañía aseguradora patrocinada por su empleador (si la hubiera): | | |
| Si quedó desempleado recientemente, ¿es elegible para los beneficios de COBRA? | | |

Certifico que la información proporcionada es verdadera a mi leal saber y entender. Comprendo que información fraudulenta o falsa me hará inelegible para cualquier asistencia financiera. Autorizo la divulgación de cualquier información necesaria para verificar la información proporcionada y para la facturación y el cobro conforme a las leyes federales y estatales vigentes. Es posible que se solicite un comprobante de ingresos antes de realizar cualquier consideración. Los comprobantes de ingresos aceptables pueden ser, entre otros: copia de los talones de sueldo, copia de la declaración de impuestos del año anterior o una carta del empleador donde se indique el sueldo actual y las horas trabajadas.

| | |
|----------------------------|--------|
| Firma del paciente/garante | Fecha: |
| Firma del entrevistador | Fecha: |
| Firma del gerente | Fecha: |
| Firma del director | Fecha: |
| Firma del VP | Fecha: |
| Comentarios | |