

Carolinas HealthCare System Blue Ridge

Asistencia de Cobertura y Asistencia Financiera

Fecha de creación: 09/18/1987

Fecha de Corrección/Revisión: 09/09/2020

APLICABLE:

Blue Ridge Healthcare Hospitals, Inc., DBA (Doing Business As) Carolinas HealthCare System Blue Ridge (CHS Blue Ridge)

FILOSOFÍA/INTRODUCCIÓN:

El CHS Blue Ridge proporcionará niveles apropiados de atención en consonancia con los recursos del centro y las necesidades de la comunidad.

El CHS Blue Ridge se compromete a ayudar a los pacientes a obtener cobertura de varios programas, así como a proporcionar asistencia financiera a toda persona que necesite un tratamiento médicamente necesario. El CHS Blue Ridge siempre proporcionará la atención de emergencia médicamente necesaria sin importar la capacidad de pago del paciente. De manera similar, los pacientes que pueden pagar tienen la obligación de hacerlo y los proveedores tienen el deber de buscar el pago de estos individuos.

OBJETIVOS:

- Modelar el valor fundamental de CHS Blue Ridge que es el cuidado.
- Asegurar que el paciente agote otras oportunidades de cobertura apropiadas antes de calificar para la asistencia financiera del CHS Blue Ridge.
- Proporcionar asistencia financiera basada en la capacidad del paciente para pagar.
- Asegurar que CHS Blue Ridge cumple con cualquier regulación federal o estatal relacionada con la asistencia financiera.
- Establecer un proceso que reduzca al mínimo la carga para el paciente y cuya administración sea eficaz en función de los costos.

DEFINICIONES:

Los términos utilizados en esta política deben interpretarse de la siguiente manera:

- Escala móvil de la clínica: Un programa que permite a los pacientes indigentes utilizar los servicios de la clínica ambulatoria por un co-pago basado en los ingresos.
- Electivos: Servicios que, en opinión de un médico, no se necesitan inmediatamente o pueden ser pospuestos con seguridad.
- Atención de emergencia: Atención inmediata que, en la opinión de un médico, es necesaria para evitar que la salud del paciente corra un grave peligro, un grave deterioro de las funciones corporales o una grave disfunción de algún órgano o parte del cuerpo.

Servicios financieros interdisciplinarios

- Puntuación de asistencia financiera (FAS Score): Una puntuación desarrollada con la asistencia de un proveedor tercero para proporcionar un mecanismo proactivo, consistente y automatizado para corroborar el perfil financiero de un paciente.
 - El *FAS Score* no es una Puntuación de crédito.
 - *FAS Score* se basa en varias bases de datos con más de 9, 000 fuentes y 2, 000 millones de registros para determinar la probabilidad de que un paciente viva en la pobreza.
 - Un componente del *FAS Score* es un índice de ingresos familiares que está calibrado según las directrices federales de pobreza.
 - Otros componentes son, entre otros, un examen de los datos del censo, el historial de transacciones de los consumidores, los archivos de propiedad de bienes y los archivos de servicios públicos.
- Ingresos financieros del hogar: Incluye los ingresos de todos los miembros de la familia, tal como se define en las directrices de los impuestos federales. Según se mide en relación con las pautas federales de pobreza anuales incluye, pero no se limita a lo siguiente:
 - Ingresos anuales del hogar antes de impuestos
 - Compensación por desempleo
 - Compensación de los trabajadores
 - Seguridad Social y Seguridad de Ingreso Suplementario
 - Pagos a los veteranos
 - Ingresos de pensión o jubilación
 - Otros ingresos aplicables incluyen, pero no se limitan a: alquiler, pensión alimenticia, manutención de los hijos y cualquier otra fuente diversa
- Medicamento necesario: Servicios hospitalarios prestados a un paciente con el fin de diagnosticar, aliviar, corregir, curar o prevenir la aparición o el empeoramiento de condiciones que pongan en peligro la vida, causen sufrimiento o dolor, causen deformidad física o mal funcionamiento, amenacen con causar o agravar una discapacidad o den lugar a una enfermedad o dolencia general.
- Otras opciones de cobertura: Opciones que darían lugar a un pago a cuenta de terceros en el marco de la revisión de la CAFA, entre ellas: Compensación de trabajadores, planes gubernamentales como Medicare y Medicaid, planes de agencias estatales y federales, asistencia a las víctimas, etc., o responsabilidad de terceros como resultado de accidentes automovilísticos o de otro tipo.

POLÍTICA:

CHS Blue Ridge sigue dos procesos diferentes basados en el lugar de servicio cuando se determina la elegibilidad para la asistencia financiera de los pacientes sin seguro. Los tipos de lugar de servicio se clasifican en dos grupos diferentes:

1. Categoría I - Todos los servicios de hospitalización y observación, así como los servicios de hospitalización ambulatoria con saldos mayores o iguales a \$10.000 dólares. Se excluyen las cuentas de remisiones de laboratorio, la escala móvil de la clínica y la farmacia para pacientes ambulatorios.
2. Categoría II - Todos los demás servicios ambulatorios o de emergencia con saldos inferiores a \$10,000 dólares. Se excluyen las cuentas de remisiones de laboratorio, la escala móvil de la clínica y la farmacia para pacientes externos.

Categoría I

Todos los pacientes sin seguro con servicios de Categoría I serán revisados por el equipo de Servicios de Asistencia de Cobertura de CHS Blue Ridge. Los pacientes con servicios de Categoría I deberán completar una solicitud de Asistencia de Cobertura/ asistencia Financiera (CAFA) antes de ser considerados para recibir asistencia financiera. La solicitud de CAFA reúne la información necesaria para determinar si el paciente es elegible para cualquier otra opción de cobertura. Si el proceso de CAFA indica una alta probabilidad de cobertura, entonces el paciente, con la asistencia de CHS Blue Ridge, se le requerirá que busque esas oportunidades antes de que el paciente sea considerado para la asistencia financiera de CHS Blue Ridge. Los representantes de CHS Blue Ridge están disponibles para asistencia a aquellos que están mental y/o físicamente discapacitados a solicitar asistencia. CHS Blue Ridge mantendrá la información financiera confidencial y tratará con dignidad a los pacientes que buscan asistencia de cobertura y asistencia financiera. El proceso de solicitud de asistencia financiera no comenzará oficialmente hasta que se complete el proceso de asistencia de cobertura y el paciente sea considerado inelegible para otras opciones de cobertura. Si el paciente coopera completamente cuando busca otras opciones de cobertura, pero dicha cobertura es improbable o es negada apropiadamente, el CHS Blue Ridge determinará la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera. **El paciente que no coopere plenamente con este proceso se considera no elegible para recibir asistencia financiera.**

Criterios de elegibilidad de la Categoría I

1. Servicios elegibles:

- Todos los servicios de hospitalización que sean médicamente necesarios (según lo determine un médico).
- Todos los servicios ambulatorios médicamente necesarios (según lo determine un médico) con saldos mayores o iguales a \$10,000 dólares.
- Todos los servicios médicos de emergencia de los hospitales que se prestan en una sala de emergencias con saldos superiores o iguales a \$10,000 dólares.
- Todos los servicios hospitalarios ambulatorios no electivos y médicamente necesarios (según lo determine un médico) que se presten en respuesta a circunstancias que pongan en peligro la vida en un entorno que no sea una sala de emergencias con saldos superiores o iguales a \$10,000 dólares.

2. Servicios Inelegibles:

- Servicios electivos y cosméticos
- Servicios de remisión de laboratorio
- Servicios de farmacia para pacientes externos
- Servicios elegibles para la escala móvil de la clínica (visitas a la clínica, diagnósticos ambulatorios y servicios de emergencia cubiertos por la escala móvil de la clínica)

3. Los pacientes son elegibles si:

- El ingreso familiar está entre el 0% y el 400% de las Directrices Federales de Pobreza (FPG)

Servicios financieros interdisciplinarios

- No está asegurado y no es elegible para otras opciones de cobertura para la(s) cuenta(s) bajo la revisión de la CAFA
- Son residentes de Carolina del Norte y Carolina del Sur
- Cooperan plenamente con la determinación de otras opciones de cobertura

4. Los pacientes no son elegibles si:

- El ingreso familiar es mayor al 401% de las pautas federales de pobreza
- Son elegible para asistencia a través del Programa de Escala Móvil de la Clínica
- Tienen una cobertura de seguro actual
- Disponen de otras opciones de cobertura para la(s) cuenta(s) en cuestión
- No cooperan plenamente con la determinación de otras opciones de cobertura

Determinación de la Categoría I de Descuento de Asistencia Financiera:

- Llenar la solicitud de la CAFA para determinar si existen otras opciones de cobertura para los servicios médicamente necesarios y no electivos.
- La elegibilidad para el descuento de asistencia financiera se basa en el total de los ingresos financieros del hogar de un paciente durante los 90 días anteriores informados en el momento de la evaluación.
- La necesidad financiera se determinará comparando el total de los ingresos financieros del hogar con las directrices federales de pobreza (FPG, por sus siglas en inglés) vigentes en el momento de la determinación.
- Los pacientes que puedan demostrar que sus ingresos financieros totales del hogar están en o por debajo del 200% de FPG son elegibles para un descuento del 100% durante un período de elegibilidad de 180 días.
- El paciente con ingresos financieros totales del hogar entre el 201% y el 400% de FPG es elegible para descuentos parciales por un período de elegibilidad de 180 días.
- En el caso de los pacientes con servicios de Categoría I cuya verificación por terceros proveedores indique que el paciente tiene recursos financieros sustanciales, esos recursos pueden tenerse en cuenta al determinar la elegibilidad.
- Los pagos de los pacientes recibidos antes de cualquier ajuste de asistencia financiera no serán reembolsados.

Escala de asistencia financiera para pacientes de la categoría I				
*Rango de ingresos máximos	0-200% FPG	201%-300% FPG	301-400% FPG	≥401% FPG
Ajuste				
# en el hogar	100%	75%	50%	0%
1	0-\$25,520	\$25,521-\$38,280	\$38,281-\$51,040	≥\$51,041
2	0-\$34,480	\$34,481-\$51,720	\$51,721-\$68,960	≥\$68,961
3	0-\$43,440	\$43,441-\$65,160	\$65,161-\$86,880	≥\$86,881
4	0-\$52,400	\$52,401-\$78,600	\$78,601-\$104,800	≥\$104,801
5	0-\$61,360	\$61,361-\$92,040	\$92,041-\$122,720	≥\$122,721
6	0-\$70,320	\$70,321-\$105,480	\$105,481-\$140,640	≥\$140,641
7	0-\$79,280	\$79,281-\$118,920	\$118,921-\$158,560	≥\$158,561
8	0-\$88,240	\$88,241-\$132,360	\$132,361-\$176,480	≥\$176,481

** Los rangos de ingresos máximos se basan en las Directrices Federales de Pobreza de 2020*

Categoría I Verificación de los recursos financieros de los hogares y período de elegibilidad

Normalmente, las solicitudes de la CAFA se completan en el momento en que se prestan los servicios o después. El CHS Blue Ridge intentará entrevistar a todos los pacientes que no puedan pagar por los servicios. CHS Blue Ridge utilizará, cuando sea apropiado, cualquier información de terceros externos para validar la información proporcionada por el paciente en la solicitud de CAFA.

- Período de verificación - Los ingresos financieros totales del hogar se basarán en un período de observación de los 90 días anteriores a la fecha de la solicitud y se validarán utilizando proveedores de terceros. Si hay una discrepancia entre lo que se informa por los vendedores de terceros y el paciente, se le puede pedir al paciente que proporcione más documentación de los ingresos.
- Período de elegibilidad - Una vez aprobado, el período de elegibilidad para la Asistencia Financiera es de 180 días a partir de la fecha de aprobación para los servicios médicamente necesarios y no electivos. Cualquier cambio que ocurra dentro del período de elegibilidad que resulte en una alta probabilidad de que el paciente sea nuevamente elegible para otras opciones de cobertura debe ser perseguido por el paciente para mantener la elegibilidad para la asistencia financiera.
- Documentación - Se puede pedir a los pacientes que proporcionen documentación de los empleadores y las instituciones bancarias para verificar aún más los ingresos. Los estados financieros y la verificación de ingresos y la documentación de terceros proveedores serán retenidos por el CHS Blue Ridge por un período de 10 años o según lo requiera la ley. La falsificación de la información financiera, incluyendo la retención de información, será motivo de denegación de la asistencia financiera.
- Fraude - El CHS Blue Ridge se reserva el derecho de revertir los ajustes de asistencia financiera provistos por esta política si se determina que la información provista por el paciente durante el proceso de recopilación de información es falsa o si el CHS Blue Ridge obtiene pruebas de que el paciente ha recibido compensación por los servicios médicos de otras fuentes no reveladas al CHS Blue Ridge.

Requisitos de documentación

Se requiere documentación sobre el tamaño de la familia y los ingresos para determinar la elegibilidad. Los documentos aceptables pueden incluir:

- Partidas de nacimiento certificadas u otra prueba de ciudadanía/estado civil para todos los que soliciten Medicaid/Carolina del *Norte Health Choice* (NCHC)
- Documentos de identidad para todos los que soliciten Medicaid/NCHC
- Tarjetas de seguro social, números de seguro social, o prueba de que ha solicitado un número de la Oficina de Seguro Social, para todos los que soliciten Medicaid o NCHC.
- Una copia de todos los talones de cheques del mes pasado
- Copias de todas las pólizas de seguro médico o de vida

Servicios financieros interdisciplinarios

- Una lista de todos los vehículos, camiones, motocicletas, barcos, etc. que usted o cualquier persona de su hogar posee, incluyendo el año, la marca, el modelo y el número de identificación del vehículo (VIN) de cada artículo.
- Los estados de cuenta bancarios más recientes
- Una lista de todos los bienes inmuebles que posee
- Estados financieros actuales/cartas de adjudicación de otras fuentes de ingresos, como la seguridad social, beneficios de jubilación, pensiones, beneficios de veteranos y manutención de niños.
- Informe policial (si procede)
- Notificación de Cobra y documentos de facturación asociados
- La declaración de impuestos federales del año anterior

Si el paciente no presenta o no puede presentar la información descrita anteriormente, el centro puede utilizar otras pruebas para demostrar su elegibilidad.

Si se requiere información adicional del paciente para completar la solicitud, el centro notificará a la persona por escrito la información que falta y le dará un plazo razonable de tiempo para que la proporcione.

Elegibilidad presunta

Los pacientes que califican y reciben beneficios de los siguientes programas pueden presumir de ser elegibles para recibir el 100 por ciento de la asistencia financiera:

- **Cupones de alimentos.** El Programa de Estampillas para Alimentos del Servicio de Alimentos y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos.
- **Programas estatales de ayuda.** Algunos programas estatales que no cubren las necesidades médicas están disponibles para las personas que se considera que viven en la pobreza. CHS Blue Ridge puede calificar a un participante en programas específicos como elegible para recibir asistencia financiera cuando los beneficios del seguro médico no están disponibles.
- **Programas locales.** Verificado que cumple con las pautas de pobreza Algunos condados ofrecen un programa de asistencia financiera diseñado para proporcionar ayuda de emergencia a corto plazo a las personas que carecen de los recursos para satisfacer sus necesidades básicas de alimentos, refugio, combustible, servicios públicos, ropa, atención médica, dental, atención hospitalaria y entierro. El programa de asistencia financiera del establecimiento puede proporcionar asistencia para los gastos de hospitalización no cubiertos por estos programas.
- **Carencia de vivienda.** Las personas que carecen de vivienda tienen derecho a recibir asistencia.
- **Pacientes fallecidos.** Los saldos no pagados de los pacientes que han fallecido sin patrimonio o responsable sobreviviente califican para la asistencia.
- **Datos demográficos.** Los datos demográficos de los pacientes pueden compararse con una base de datos de terceros utilizando información pública para identificar las condiciones de pobreza (por ejemplo, la puntuación PARO) para determinar la elegibilidad para el Programa de Asistencia Financiera.

Los pacientes que cumplen los presuntos criterios de elegibilidad pueden recibir asistencia financiera sin tener que rellenar la solicitud de asistencia financiera. La documentación que

Servicios financieros interdisciplinarios

respalde la calificación del paciente o su participación en un programa debe ser obtenida y archivada. A menos que se indique lo contrario, una persona que se presume elegible según estos criterios presuntivos seguirá siendo elegible durante el período de elegibilidad que se describe a continuación, a menos que el personal del establecimiento tenga razones para creer que el paciente ya no cumple los criterios presuntivos.

Categoría II

CHS Blue Ridge utilizará un proceso presuntivo para determinar la elegibilidad de asistencia financiera para los servicios de Categoría II. Todos los pacientes sin seguro con servicios de Categoría II serán evaluados automáticamente para un descuento de asistencia financiera basado en una puntuación de asistencia financiera (*FAS Score*) El paciente no está obligado a completar una solicitud de asistencia de CAFA. La puntuación *FAS* se asigna antes del primer estado de cuenta. El *FAS Score* se asignará en base a algoritmos de puntuación patentados de expertos externos experimentados seleccionados por el CHS Blue Ridge. CHS Blue Ridge probará periódicamente los algoritmos para asegurar que se apliquen de manera consistente y ajustará los umbrales del *FAS* según sea necesario.

Los pacientes que sean elegibles recibirán un descuento del 100% de asistencia financiera en los servicios elegibles y no recibirán una factura. Cada paciente del Departamento de Emergencias deberá pagar un co-pago de \$75.00 por el servicio en el Departamento de Emergencias. Los pacientes con servicios de Categoría II que no sean elegibles para un presunto descuento de asistencia financiera recibirán una factura y se les notificará su inelegibilidad por medio de una carta.

1. Servicios elegibles:

- Todos los servicios ambulatorios médicamente necesarios (según lo determine un médico) determinados por un médico con saldos inferiores a \$10.000 dólares
- Todos los servicios médicos de emergencia de los hospitales prestados en una sala de emergencias con saldos inferiores a \$10.000 dólares

2. Servicios no elegibles:

- Servicios electivos y cosméticos
- Servicios de remisión de laboratorio
- Servicios de farmacia para pacientes externos
- Servicios elegibles para la escala móvil de la clínica (visitas a la clínica, diagnósticos para pacientes externos y servicios del departamento de emergencias cubiertos por el copago de la escala móvil de la clínica)

3. El paciente es elegible:

- Puntuación *FAS* calibrada según las directrices federales de pobreza
- No tiene cobertura de seguro médico actual

4. El paciente no es elegible:

- Tiene una cobertura de seguro actual
- Elegible para otras opciones de cobertura
- Elegible para asistencia a través del Programa de Escala Móvil de la Clínica

Determinación del Descuento de Asistencia Financiera de la Categoría II:

- La elegibilidad para los servicios de Categoría II se basa en el *FAS Score* de CHS Blue Ridge que se obtiene de un tercer proveedor antes del primer estado de cuenta.
- Cada paciente con servicios de Categoría II que tenga un *FAS Score* elegible reciben un descuento del 100% después del copago correspondiente.
- La no elegibilidad para un descuento de Asistencia Financiera será comunicada a través de una carta.
- Los pagos de los pacientes recibidos antes de cualquier ajuste de asistencia financiera no serán reembolsados.
- Cada encuentro de atención facturable para los servicios de Categoría II, según lo determinado por las reglas de facturación de Medicare, se evaluará por separado para la elegibilidad de la Asistencia Financiera.

Responsabilidades del paciente en relación con la asistencia financiera

Si corresponde, antes de ser considerado para recibir asistencia financiera, el paciente/familia debe cooperar con el CHS Blue Ridge para proporcionar información y documentación para solicitar el Programa de Asistencia de Cobertura y Asistencia Financiera, así como otros recursos financieros existentes que pueden estar disponibles para pagar la atención médica del paciente, como Medicaid, Medicare, responsabilidad civil, etc.

- El paciente que califique para descuentos parciales debe cooperar con el proveedor para establecer un plan de pago razonable que tenga en cuenta los ingresos disponibles, el monto de la(s) factura(s) descontada(s) y cualquier pago anterior.

Los pacientes que califican para descuentos parciales deben hacer un esfuerzo de buena fe para honrar los planes de pago de sus facturas de atención médica con descuento. Son responsables de comunicar al proveedor cualquier cambio en su situación financiera que pueda afectar a su capacidad para pagar sus facturas de atención médica con descuento o para cumplir las disposiciones de sus planes de pago.

Solicitud de asistencia de cobertura y asistencia financiera

Las solicitudes de CAFA son para pacientes que han recibido servicios de Categoría I. Como ya se ha dicho, los compañeros de equipo del CHS Blue Ridge se esforzarán por entrevistar a todos los pacientes sin seguro de Categoría I y ayudarles a completar una solicitud de CAFA. El CHS Blue Ridge determinará la elegibilidad para la asistencia financiera una vez que se complete el proceso de asistencia de cobertura. En esas situaciones, en las que el paciente coopera con la solicitud de CAFA, el CHS Blue Ridge determinará automáticamente la elegibilidad para la asistencia financiera al completar el proceso de asistencia de cobertura. Si los compañeros de equipo de CHS Blue Ridge no pueden entrevistar a un paciente con servicios de Categoría I, el paciente puede descargar una Solicitud de Asistencia de Cobertura/Asistencia Financiera en papel en línea y enviar la solicitud por correo a CHS Blue Ridge. El paciente también puede solicitar una solicitud en papel llamando por teléfono al (828) 580-5090 y se le enviará una solicitud por correo. Los pacientes con servicios de Categoría I también pueden solicitar en persona en el momento del servicio.

Servicios financieros interdisciplinarios

Los pacientes que han recibido servicios de la Categoría II no están obligados a completar una solicitud de asistencia de cobertura o asistencia financiera. Los pacientes con servicios de Categoría II serán automáticamente evaluados para la elegibilidad de asistencia financiera en la facturación final. Un paciente que se considere elegible recibirá un descuento del 100% después del copago correspondiente. Un paciente que no sea elegible a través de este proceso recibirá una notificación por escrito por correo. Si la paciente cree que debería ser elegible para recibir asistencia financiera, aunque el *FAS Score* haya considerado que la paciente no es elegible, puede solicitar la CAFA descargando una solicitud de CAFA en línea y enviándola por correo a CHS Blue Ridge. La paciente también puede solicitar una solicitud de CAFA en papel por teléfono llamando al (828) 580-5090 y una solicitud de CAFA será enviada al paciente por correo. Sólo se revisarán las solicitudes de CAFA completamente completadas. Los pacientes que decidan solicitar a CAFA deberán buscar otras opciones de cobertura antes de ser considerados para un descuento de asistencia financiera.

Todas las solicitudes en papel deben ser enviadas por correo a:

CHS Blue Ridge
Attn: Financial Counseling
2201 S Sterling Street
Morganton, NC 28655
(828) 580-5090

Una vez recibida la solicitud, un miembro del equipo de Servicios de Asistencia de Cobertura de CHS Blue Ridge se pondrá en contacto con el paciente si es necesario.

Política de Comunicación

El CHS Blue Ridge comunica la disponibilidad de su proceso de CAFA a todos los pacientes a través de lo siguiente:

- [La página web](http://www.blueridgehealth.org) de CHS Blue Ridge www.blueridgehealth.org
- En todos los estados de cuenta del hospital
- La información publicada en lugares visibles en toda la instalación
- La información publicada en el Departamento de Emergencia y en Admisiones
- Entrevistas de los Servicios de Asistencia para la Cobertura en el lugar con el paciente y sus familias

La política y la solicitud de asistencia de cobertura y asistencia financiera están disponibles en inglés, español, hmong y cualquier otro idioma que se considere el idioma principal de cualquier población con conocimientos limitados de inglés que constituya más del 5% de 1,000 personas (el que sea menor) de la población atendida por el centro.

La participación de los médicos que trabajan en el CHS Blue Ridge

Una lista de los médicos que están incluidos en esta Política de Asistencia de Cobertura y Asistencia Financiera y los que no están incluidos en esta política está disponible contactando a nuestros Consejeros Financieros al (828) 580-5090.

Servicios financieros interdisciplinarios

Acciones en caso de impago

Las acciones que los hospitales de CHS Blue Ridge pueden tomar en caso de falta de pago por los servicios se describen en una política de facturación y cobro separada que puede obtenerse solicitando una copia gratuita al Departamento de Servicios de Contabilidad para Pacientes al 704-512-7171.

Garantía de calidad y otras disposiciones

Los compañeros del equipo de CHS Blue Ridge tienen prohibido hacer recomendaciones y/o procesar solicitudes de CAFA para familiares, amigos, conocidos y compañeros de trabajo. El Departamento de Contabilidad del Paciente realizará auditorías periódicas de las cuentas procesadas para los descuentos de la Asistencia Financiera para los pacientes de la Categoría I para asegurar que la documentación apropiada esté en el archivo. El Departamento de Contabilidad del Paciente también auditará el proceso de la Categoría II para asegurar que se hagan los ajustes apropiados.

Disposición de emergencia de salud pública

Las fuentes alternativas de financiación debido a una emergencia de salud pública NO impedirán que los pacientes no asegurados reciban asistencia financiera para los saldos restantes que califiquen bajo esta política. Como parte de la dedicación del CHS Blue Ridge a nuestra comunidad, CAFA también puede aplicarse a cualquier paciente asegurado con copagos o responsabilidades que hayan sido renunciadas, pero no pagadas/reembolsadas por los pagadores o cuando se emita una guía de facturación conflictiva durante tiempos de emergencia de salud pública.

Información adicional

- El CHS Blue Ridge ha establecido una política separada de facturación y cobro que describe las medidas que pueden tomarse sobre los saldos adeudados por los pacientes. Una copia de la misma se puede obtener en nuestro sitio web en www.blueridgehealth.org o sin costo alguno para el paciente presentando una solicitud a:

CHS Blue Ridge
Attn: Financial Counseling
2201 S Sterling Street
Morganton, NC 28655
(828) 580-5090