

<b>Título:</b> Crédito y cobro/Mitigación de deudas médicas		<b>Número de documento:</b> 092-100PR
<b>Tipo de documento:</b> Documento		<b>Fecha de entrada en vigor:</b> 1/19/2026
<b>Propietario responsable:</b> (Puesto) Vicepresidente de Finanzas		
<b>Fecha de la última revisión:</b> 1/19/2026	<b>Ciclo de revisión:</b> <input checked="" type="checkbox"/> 1 año <input type="checkbox"/> 2 años <input type="checkbox"/> 3 años	<b>Próxima fecha de revisión:</b> 7/1/2026
<b>Contenido aplicable a la atención al paciente:</b> (Selecione todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> Adultos <input type="checkbox"/> Pediatría (menores de 18 años)		
<b>Aplicabilidad:</b>	<input type="checkbox"/> Ambulatorios - TODOS <input checked="" type="checkbox"/> Sistema FH <input type="checkbox"/> Hospitales - TODOS	<input type="checkbox"/> <b>Sólo Departamento:</b> (Nombre del Departamento)
	<input type="checkbox"/> <b>Sólo sitio:</b> (Selecione todo lo que corresponda) <input type="checkbox"/> MRH <input type="checkbox"/> RMH <input type="checkbox"/> Hoke <input type="checkbox"/> MMH <input type="checkbox"/> Clínicas FH <input type="checkbox"/> Clínicas FHPG <input type="checkbox"/> Centro oncológico <input type="checkbox"/> Hospicio <input type="checkbox"/> Atención domiciliaria <input type="checkbox"/> Personal médico <input type="checkbox"/> Servicios médicos de urgencia	

**Declaración de Propósito/Protocolo:** El hospital FirstHealth tiene la responsabilidad fiscal de asegurar que las cuentas se paguen puntualmente y que se sigan las prácticas comerciales apropiadas al intentar cobrar los saldos de los seguros y de los pacientes. FirstHealth también reconoce que los costos de atención médica de bolsillo están aumentando y que cobrar a los pacientes puede ser un desafío. Muchos de estos procedimientos se proporcionan como un conjunto de herramientas para que el personal los utilice cuando atiende a nuestros pacientes, y el personal está facultado para desviarse de estos procedimientos caso por caso. FirstHealth también tiene la responsabilidad de asegurar que nuestro procedimiento de Crédito y Cobro esté disponible para el público en general. Para satisfacer esta necesidad, se preparan resúmenes en lenguaje sencillo de este procedimiento que están disponibles en el punto de registro y se publican en nuestro sitio web de FirstHealth: [www.firsthealth.org](http://www.firsthealth.org).

Las pólizas de asistencia financiera de FirstHealth cubrirán todos los servicios médicamente necesarios y no estarán obligadas a cubrir los costos asociados con cirugía estética, según se define en la [Política de Cobertura Clínica No: 1-O-1](#) del Departamento de Beneficios de Salud (DHB, por sus siglas en inglés).

Al momento de registrarse o preinscribirse, se les informará a los pacientes sobre su responsabilidad estimada de gastos de bolsillo según la información proporcionada. El pago total se solicita al momento de la atención o antes de la misma para servicios médicos que no sean de emergencia. Se evaluará la elegibilidad presunta de los pacientes según criterios basados y no basados en los ingresos, de acuerdo con las pautas del Programa de Mitigación de Deuda Médica de Carolina del Norte. La aprobación de la asistencia financiera de los pacientes se basa en la evaluación de elegibilidad presunta basada en los ingresos, utilizando datos públicos del paciente proporcionados por un proveedor externo; o en la certificación del garante de que cumple con los criterios de evaluación no basados en los ingresos. Los garantes no están obligados a proporcionar documentación ni otra verificación del cumplimiento de los criterios de elegibilidad. Los pacientes inscritos en Medicaid serán notificados sobre su elegibilidad para el alivio de la deuda bajo el Programa de Mitigación de Deuda Médica de Carolina del Norte durante el proceso de preinscripción o registro.

**Licencias/Certificaciones:** (Ninguna)

**Definiciones/Abreviaturas:** (Ninguna)

**Garante:** la persona o entidad legalmente responsable de pagar la deuda médica de un paciente. Todos los pacientes mayores de 18 años son sus propios garantes. A menudo, el garante es el padre o tutor legal del paciente cuando este es menor de edad o está incapacitado. El garante recibe los estados de cuenta del paciente, es responsable del pago de cualquier saldo restante después del seguro o los saldos de pago por cuenta propia, y las agencias de cobro externas pueden ponerse en contacto con él en relación con la deuda impagada.

**Contenido:**

Se espera el pago de los servicios en el momento en que se prestan los servicios o antes; sin embargo, el hospital FirstHealth of the Carolinas proporcionará toda la atención médica de emergencia y otra atención médica médicamente necesaria a todas las personas que la necesiten, independientemente de su capacidad de pagar. Aunque el reembolso es crítico para la operación y estabilidad de FirstHealth, se reconoce que no todas las personas poseen la capacidad de adquirir servicios médicos esenciales. Por lo tanto, de acuerdo con nuestro propósito principal, de "Cuidar a las Personas", FirstHealth identificará programas (programas de asistencia y subvenciones del gobierno, Programa de Mitigación de Deudas Médicas de Carolina del Norte, así como el Programa de Asistencia Financiera de FirstHealth) que ayudarán a nuestros pacientes con sus necesidades financieras.

**A. PROCEDIMIENTO:**

- a. En el momento del registro o el pre-registro, se informará a los pacientes del cálculo de los gastos de bolsillo en función de la información facilitada.
  - i. Se solicita el pago íntegro en el momento de la prestación o antes para los servicios médicos no urgentes.
- b. Si el paciente no puede pagar el importe total y la cantidad adeudada es **inferior a 1,000 dólares**, revise los saldos anteriores para determinar: **¿Existen antecedentes de deudas incobrables?**
  - i. **En caso negativo,**
    1. Pregunte al paciente cuánto puede pagar hoy y establezca un acuerdo de pago para el saldo restante.
  - ii. **En caso afirmativo,**
    1. Informe al paciente de sus cuentas anteriores y converse con él o ella para establecer un acuerdo de pago aceptable. Si no es posible, revise la cuenta con la gerencia. Los servicios pueden retrasarse en función de la revisión de la gerencia y de acuerdo con el proveedor del paciente.
- c. Si el paciente no puede pagar el importe total, y la cantidad adeudada es **superior a 1,000 dólares**, revise los saldos anteriores para determinar: **¿Existen antecedentes de deudas incobrables?**
  - i. **En caso negativo,**
    1. Solicite un depósito del 50% del gasto total de bolsillo y establezca un acuerdo de pago para el saldo restante. Si el paciente no puede pagar esta cantidad, converse con él o ella para establecer un depósito y un plan de pago aceptables.
  - ii. **En caso afirmativo,**
    1. Solicite un depósito del 50% del gasto total de bolsillo, informe al paciente de sus cuentas anteriores e intente establecer acuerdos de pago en las cuentas anteriores. Si el paciente no puede pagar un depósito del 50% en la cuenta actual, infórmele de que este servicio puede retrasarse y revise la cuenta con la gerencia.
- d. Si no se puede llegar a un acuerdo de pago, el personal de Pre-Servicios o la gerencia se comunicará con el paciente y el consultorio médico e intentará reprogramar la cita para una fecha que satisfaga las necesidades médicas y financieras de todas las partes involucradas.
  - i. Si no se puede retrasar al paciente debido a la urgencia del procedimiento, la gerencia puede solicitar la revisión del director médico o, en el caso de los servicios clínicos, la revisión del director de la clínica y del proveedor del paciente para determinar si se deben retrasar los servicios hasta que se lleguen a acuerdos de pago aceptables.
- e. Se revisará cualquier precertificación o autorización obtenida de las compañías de seguros para garantizar que la cita reprogramada sigue estando dentro del plazo permitido.
- f. Es posible que ciertos pagadores no permitan que FirstHealth demore los servicios para pacientes asegurados debido a la falta de pago del paciente (por regulación o acuerdo contractual).

*Si no se puede realizar un pago aceptable según lo descrito anteriormente, se estudian otros acuerdos, que se describen en este procedimiento.*

**B. PAGOS MENSUALES:**

- a. puede aceptarse por un periodo no superior a tres años (36 meses), salvo una prórroga por el personal autorizado. Hay cuatro opciones de pago a disposición de los pacientes:
- i. Plan de Pago de FirstHealth - FirstHealth proveerá un plan de pago sin intereses a los pacientes basado en el balance total de su cuenta. Si el saldo es:
    1. **inferior a \$300**, el plazo será de un (1) año y el pago mínimo adeudado será el mayor de \$25.00 o 1/12° del saldo del paciente.
    2. **entre \$301 y \$2,000**, el plazo será de un (1) año y el pago mínimo adeudado será el mayor de \$50.00 o 1/12° del saldo del paciente.
    3. **entre \$2,001 y \$5,000**, el plazo puede ser de hasta dos (2) años y el pago mínimo adeudado será de 1/24 del saldo del paciente.
    4. **superior a \$5,000**, el plazo puede ser de hasta tres (3) años y el pago mínimo será de 1/36° del saldo de la cuenta.
    5. Para las personas con ingresos entre el 200 % y el 300 % del Nivel Federal de Pobreza o FPL, FirstHealth ofrecerá un plan de pago que no excederá una duración de 36 meses con pagos mensuales que no superarán el 5 % de los ingresos brutos mensuales del hogar.
    6. Para los pacientes sin seguro, el primer pago se solicita antes o en el momento de la prestación de los servicios y, a partir de entonces, cada treinta (30) días.
    7. Para los pacientes asegurados, el primer pago se solicita antes o en el momento de la prestación de los servicios y, a partir de entonces, cada treinta (30) días después de recibir el pago del seguro.
  - ii. Deducción de nómina de FirstHealth – El hospital FirstHealth brindará a sus empleados la oportunidad de que sus facturas médicas se deduzcan de su paga mediante deducción de nómina al completar una carta de deducción de nómina.
    1. El importe de la deducción de la nómina se basa en el importe total de todos los saldos de cuentas adeudados por el empleado y/o las cuentas de las que es responsable.
    2. Las cartas de deducción de nómina de los nuevos empleados se enviarán por correo al domicilio del empleado por cada visita, o cada vez que tengan una nueva responsabilidad de paciente, si eligen seguir pagando todas las cuentas mediante deducción de nómina.
  - iii. Descuento por pronto pago - se ofrecen descuentos por pronto pago de hasta un 25 % para servicios hospitalarios y de hasta un 40 % para servicios clínicos a los pacientes que no reúnen los requisitos para otros acuerdos financieros, incluidos los pacientes sin seguro médico y los pacientes asegurados que reciben atención que no está cubierta por su plan de seguro. Los descuentos no se aplican a los saldos de los pacientes después del seguro. Se pueden hacer otros acuerdos cuando el personal autorizado del hospital y la clínica lo considere necesario. FirstHealth puede diseñar programas de pago por cuenta propia que no están cubiertos por el seguro (por ejemplo, tomografía computarizada de pulmón, cirugía bariátrica), pero que tienen demanda en el mercado. Estos servicios están excluidos del descuento por pago inmediato.

### C. PROGRAMAS DE AYUDA FINANCIERA:

- a. Si el paciente no puede pagar, los representantes del servicio de atención al cliente están a su disposición para ayudarle a identificar los programas a los que puede optar, como Medicaid, Rehabilitación Profesional y Servicios de Adquisición de Cuidados de Carolina del Norte. Los criterios para acceder a los programas federales o estatales se basan en las directrices específicas del programa.
- b. A partir del 1 de enero de 2025, FirstHealth realizará una evaluación de la presunta elegibilidad no basada en los ingresos a todos los garantes durante el proceso de pre-registro/registro de *servicios hospitalarios* de acuerdo con las pautas del programa de Mitigación de Deuda de Medicaid de Carolina del Norte (MDMP). Los garantes (y su cónyuge) son aprobados para recibir asistencia financiera en base a la declaración de calificación del garante a preguntas no basadas en ingresos. Los garantes no están

obligados a proporcionar documentación u otra verificación del cumplimiento de los criterios de elegibilidad. Estos criterios incluyen los siguientes (los pacientes deben cumplir al menos uno):

- i. Personas sin hogar
  - ii. Incapacidad mental sin nadie que actúe en nombre del paciente
  - iii. Afiliación a Medicaid del paciente o de un niño de su unidad familiar; A efectos de los requisitos de presunta elegibilidad, se considerará que un niño forma parte de la unidad familiar del paciente si forma parte de la unidad familiar del paciente a efectos de elegibilidad para Medicaid, tal como se define en 42 CFR 435.603(f)(3); para simplificar, el Departamento se basará en la definición de unidad familiar de Medicaid para los que no declaran impuestos. Según esta definición, el hogar incluye lo siguiente:
    1. El individuo
    2. Su cónyuge
    3. Si viven con la persona, los hijos de la persona (definidos como hijos naturales o biológicos, adoptados o hijastros menores de 19 años)
  - iv. Inscripción en otro programa de asistencia pública sujeto a la comprobación de recursos (incluidos, entre otros, el Programa de Nutrición para Mujeres, Bebés y Niños (WIC), el Programa Suplementario de Asistencia Nutricional (SNAP), los Programas de Asistencia a Medicamentos, etc.).
- c. El 1 de julio de 2025, FirstHealth completará una revisión única para identificar y aliviar todas las deudas médicas impagadas de los pacientes que se remontan al 1 de enero de 2014, para los pacientes (y sus cónyuges) actualmente inscritos en Medicaid (incluida la cobertura familiar de prestaciones limitadas). A los efectos de esta política, «actual» se define como el paciente que estaba inscrito en Medicaid en el momento en que FirstHealth o un socio externo analizó los datos que identificaban las cuentas de los pacientes elegibles para la reclasificación de la deuda como asistencia financiera.
- d. A partir del 1 de julio de 2025, y en adelante, FirstHealth evaluará a todos los pacientes inscritos en Medicaid para determinar si tienen deudas médicas pasadas en un plazo de 60 días a partir del alta hospitalaria o la consulta ambulatoria del paciente, y reclasificará cualquier deuda pasada del paciente (y del cónyuge del paciente) como asistencia financiera. FirstHealth aliviará de forma proactiva la deuda médica pasada de los pacientes inscritos en Medicaid (y del cónyuge del paciente) que se pongan en contacto con la organización para solicitar información sobre el alivio de la deuda médica. Se informará a los pacientes en un plazo de 30 días a partir de la reclasificación de su deuda como asistencia financiera.
- e. En caso de que un paciente no cumpla los requisitos para ningún tipo de programa de asistencia gubernamental, puede calificar para recibir ayuda a través del Programa de Asistencia Financiera del hospital FirstHealth con base en los siguientes criterios:
- i. El importe de la ayuda se basa en un porcentaje de las directrices federales de pobreza más recientes publicadas por el [Departamento de Salud y Servicios Humanos](#), así como en las directrices establecidas por FirstHealth of the Carolinas.
  - ii. El porcentaje de descuento por ayuda financiera considera el "monto generalmente facturado" por FirstHealth of the Carolinas.
  - iii. Este importe es calculado anualmente por el Vicepresidente de Finanzas y se actualizará en función de las directrices federales sobre pobreza.
  - iv. El "monto generalmente facturado" será un cálculo basado en una revisión histórica del estimado general de FirstHealth de Ingresos Netos dividido por Cargos Totales.
  - v. Esta cantidad será también el porcentaje de ayuda financiera utilizado en el tercer nivel (columna de la extrema derecha en el Apéndice A) de las directrices de pobreza para garantizar que cualquier paciente que reúna los requisitos para recibir ayuda financiera en virtud de nuestra política sólo será responsable de la cantidad generalmente facturada a nuestra población.
- f. Proceso para determinar la ayuda financiera:
- i. Todos los pacientes/garantes se consideran presuntamente elegibles para recibir asistencia financiera si sus ingresos familiares son de hasta el 360 % del Nivel Federal de Pobreza (si no cumplen con los criterios no basados en los ingresos). FirstHealth utilizará herramientas o servicios de software de terceros para verificar la elegibilidad del paciente para la asistencia financiera basada en los ingresos.
  - ii. El paciente es entrevistado por un representante del servicio de atención al cliente para evaluar todas las fuentes de financiación disponibles para el paciente, incluidas, entre otras, Medicaid, rehabilitación profesional, asistencia a víctimas de delitos, planes de salud ofrecidos por el Marketplace y otros seguros comerciales, etc.

1. Si el paciente no cumple con las recomendaciones del asesor financiero sobre otras posibles fuentes de financiamiento, el acceso al Programa de Asistencia Financiera de FirstHealth puede ser denegado o limitado.
  2. Los pacientes que cumplen requisitos para la cobertura de responsabilidad civil no pueden optar a la ayuda económica.
  3. Los pacientes pueden acceder gratuitamente a nuestra solicitud de ayuda financiera y a un resumen en lenguaje sencillo de nuestra política de créditos y cobros (tanto en inglés como en español), en el momento de su registro, en nuestra oficina de contabilidad de pacientes o a través de nuestra página web.
  4. Los pacientes pueden solicitar asistencia financiera de forma segura en línea a través de FirstHealth MyChart o completar la solicitud para enviar por correo o fax seguro.
  5. Los representantes del Servicio de Atención al Cliente están disponibles en las áreas de Pre-registro, Registro y Oficina Comercial para ayudar a los pacientes a solicitar ayuda financiera por teléfono.
  6. Una vez agotados todos los demás métodos de pago, el paciente llena una Solicitud de Ayuda Financiera, que incluye un análisis de ingresos, activos, gastos y pasivos.
  7. Se solicita documentación que acredite la situación económica del paciente.
  8. La documentación se revisa junto con la solicitud de ayuda financiera para garantizar la coherencia y exactitud de la situación financiera del paciente.
  9. Los ingresos brutos del paciente se compararán con las directrices federales de pobreza para determinar el nivel de ayuda económica que debe solicitar.
  10. Si los activos líquidos del paciente superan los \$20,000 o los activos no líquidos del paciente superan los \$200,000 (excluida la residencia principal), la cuenta debe remitirse para su revisión y aprobación por parte de la gerencia.
  11. Los pasivos y gastos del paciente se utilizan para validar la razonabilidad de los ingresos proporcionados.
  12. Si el asesor financiero determina que el paciente tiene circunstancias atenuantes (como gastos médicos importantes) que deben tenerse en cuenta en la evaluación de la situación financiera del paciente, la cuenta debe remitirse para su revisión y aprobación por parte de la gerencia.
  13. La documentación se solicitará siempre, pero es posible que el paciente no siempre la facilite.
    - a. En estas circunstancias, queda a discreción del asesor financiero y de su supervisor revisar la solicitud, aprobar o denegar la ayuda financiera y documentar en las notas de la cuenta los motivos de su determinación.
    - b. La documentación de los ingresos puede incluir la utilización de una herramienta de verificación del crédito del consumidor como Experian, Equifax, Dunn & Bradstreet, TransUnion, etc.
    - c. El requisito de documentación para activos no líquidos puede omitirse si el valor de los activos se declara razonablemente y el ingreso del paciente se valida y cumple con las directrices de pobreza del hospital FirstHealth. La firma del paciente o familiar en la solicitud no es un requisito para determinar la indigencia.
- g. Servicios del Departamento de Emergencias:
- i. calificarán para el 100% de ayuda financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera de FirstHealth.
  - ii. Todos los copagos están excluidos de la asistencia financiera.
  - iii. Los pacientes sin seguro tendrán un copago de \$40 dólares al salir del servicio de urgencias.
  - iv. La actividad de cobro está prohibida en el Servicio de Emergencias antes de la prestación del servicio. Después de que el paciente haya sido atendido por un médico, se utilizará el procedimiento descrito anteriormente para conversar sobre los acuerdos de pago con el paciente. Las actividades de cobro y asesoramiento financiero sólo podrán tener lugar en el Servicio de Emergencias en el momento del alta.
- h. Servicios electivos:
- i. los procedimientos electivos y/o cosméticos no son elegibles para la ayuda financiera.
  - ii. Los servicios electivos y/o cosméticos no pueden acogerse a un plan de pago a menos que lo apruebe el personal autorizado.

- i. Servicios clínicos:
  - i. calificarán para hasta el 100% de ayuda financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera de FirstHealth. Todos los copagos están excluidos de la asistencia financiera.
  - ii. A los pacientes no asegurados se les cobrará una tarifa nominal de \$25.00 en las clínicas y de \$35.00 en Convenient Care.
  - iii. Debido a los requisitos del programa NHSC (National Health Services Corp), los pacientes pueden optar a la asistencia en función de sus ingresos y el tamaño de su familia y ningún otro factor; los pacientes que se encuentren al 100% o por debajo del nivel de pobreza pueden recibir un descuento completo.
- j. Servicios de cuidados paliativos y enfermos terminales:
  - i. Los enfermos terminales y de cuidados paliativos que cumplan con los lineamientos de asistencia financiera calificarán para un 100% de ayuda financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera de FirstHealth para cualquier cargo de enfermos terminales y/o Cuidados Paliativos.
- k. Todos los demás servicios:
  - i. calificarán para recibir hasta un 100% de ayuda financiera bajo el Programa de Asistencia Financiera de FirstHealth.
  - ii. Cualquier servicio que requiera dispositivos implantables requiere una revisión del costo directo de dichos implantes.
  - iii. El costo estimado debe ser abonado por el paciente y excluido del cálculo de la ayuda financiera.
  - iv. El saldo restante se solicita al paciente antes del servicio, o a través de un plan de pago mensual establecido dentro de esta política.
  - v. Si no se puede llegar a un acuerdo de pago, el personal de Pre-Servicios se comunicará con el paciente y el consultorio médico e intentará reprogramar la cita para una fecha que satisfaga las necesidades médicas y financieras de todas las partes involucradas.
  - vi. Si el paciente no puede demorarse debido a la urgencia del procedimiento, la gerencia puede solicitar la revisión del médico jefe.
- l. Si FirstHealth recibe notificación de quiebra de su agencia, la cuenta será cerrada y devuelta. Cualquier deuda condonada a través de la Mitigación de Deudas Médicas se retira de los informes de crédito del consumidor.
- m. Los pacientes que se provengan de Moore Free Care Clinic tendrán derecho a un ajuste del 100% de la ayuda financiera.
- n. Los pacientes que se provengan del Monasterio Ortodoxo Griego Panagia Prousiotissa del Condado de Montgomery o el Santo Convento de Panagia Prousiotissa tendrán derecho a un ajuste del 100% de la ayuda financiera, pendiente de completar la Sección A, pasos b y c.
- o. A todo paciente que presente una solicitud incompleta se le notificará en un plazo de sesenta (60) días que la solicitud no será aprobada hasta que se aporte toda la documentación requerida.
  - i. Se puede recurrir a un proveedor externo para evaluar la presunta indigencia del paciente mediante una puntuación crediticia si no se puede determinar la indigencia a través del proceso de solicitud.
  - ii. Un paciente que no llena una solicitud no se considera "elegible para ayuda financiera" y no debe recibir un descuento por ayuda financiera.
- p. La ayuda financiera puede aplicarse a cualquiera de las cuentas del paciente con carácter retroactivo si la fecha del servicio es inferior a veinticuatro (24) meses desde la fecha en que se aprobó la ayuda financiera. Asimismo, la ayuda financiera puede aplicarse de forma proactiva a cualquiera de las cuentas del paciente si la fecha del servicio se produce dentro de los doce (12) meses siguientes a la fecha de solicitud, momento en el que el paciente deberá volver a solicitarla. El personal autorizado del hospital puede incluir cuentas adicionales fuera de este intervalo de fechas.
- q. Los proveedores de asistencia de salud de nuestra comunidad son notificados de nuestras determinaciones de ayuda financiera mediante las siguientes metodologías:
  - i. Semanalmente, Sandhills Emergency Physicians, Pinehurst Radiology, First Imaging, Pinehurst Surgical Clinic, y FirstHealth Surgical Specialties reciben una notificación electrónica de todos los pacientes que calificaron bajo el Programa de Asistencia Financiera de FirstHealth. Estos proveedores aplican el mismo ajuste de porcentaje de ayuda financiera a su reclamación que FirstHealth.

- ii. Se envían cartas de aprobación a los pacientes, que contienen información sobre su ajuste de ayuda financiera y se les anima a compartir esta carta con cualquier otro proveedor de atención de salud que utilicen. Los proveedores utilizan su propio criterio para determinar la indigencia.
- r. Los ajustes de la ayuda financiera deben calcularse en función del importe total de la responsabilidad del paciente.
  - i. Cualquier acción de cobro emprendida contra el paciente por cuentas aprobadas para recibir asistencia financiera y completamente resueltas (es decir, con saldo cero) debe anularse.
  - ii. Los pagos efectuados por el paciente durante el proceso de revisión financiera, o en cuentas corrientes que hayan sido aprobadas para recibir ayuda financiera, deben reembolsarse al avalista o garante.
  - iii. Una cuenta actual se define como cualquier cuenta dada de alta dentro de los doscientos cuarenta (240) días anteriores a la fecha de presentación de la solicitud.
- s. A partir del 1 de enero de 2026, FirstHealth realizará una evaluación de presunta elegibilidad basada en los ingresos a todos los garantes durante el proceso de pre-registro/registro de *servicios hospitalarios* de acuerdo con las pautas del programa de Mitigación de Deuda de Medicaid de Carolina del Norte. Los garantes son aprobados para la asistencia financiera basada en los ingresos del hogar del garante en comparación con el Nivel Federal de Pobreza (FPL) a continuación. Los garantes no están obligados a proporcionar documentación u otra verificación del cumplimiento de los criterios de elegibilidad.

**D. Criterios de cobranza:**

- a. Declaración del paciente:
  - i. En el caso de los servicios hospitalarios, en el momento del pre-registro o el registro, se facilita a los pacientes un cálculo del gasto que es responsabilidad total del paciente.
  - ii. En el caso de los servicios clínicos, es posible que no se facilite la estimación de todos los servicios hasta el momento de la salida.
  - iii. En el momento de recibir los servicios ambulatorios, el paciente dispone de un extracto de "punto de servicio" con los gastos detallados.
    - 1. Es posible que la factura del "punto de servicio" no incluya todos los gastos. Los cargos completos se indican en el primer extracto del paciente. Las facturas detalladas están disponibles a petición del paciente o del garante.
  - iv. En el momento del pre-registro se realizará una evaluación preliminar de la ayuda económica, que se presentará al paciente, a la espera de que cumpla todos los requisitos indicados anteriormente en la sección A.
- b. FirstHealth enviará por correo o correo electrónico los estados de cuenta cada treinta (30) días por un total de ciento veinte (120) días, para saldos mayores de \$1.49.
  - i. Los saldos de cuenta entre \$1.49 y -\$1.49 se ajustarán automáticamente a cero.
  - ii. Los créditos superiores a \$-1.49 se aplicarán a los saldos pendientes de los pacientes o, en caso de no existir importes pendientes, se reembolsarán al Garante.
  - iii. Si la cuenta no se paga en su totalidad o no se hacen arreglos de pago aceptables, FirstHealth enviará por correo una notificación final.
  - iv. Los pacientes que hayan optado por la facturación electrónica recibirán la notificación final en papel.
  - v. Si el saldo sigue insatisfecho, la cuenta se enviará a la agencia de cobranzas de FirstHealth.
  - vi. Todos los extractos enviados contienen un lenguaje visible y fácil de entender (tanto en inglés como en español) en el que se anima a los pacientes a ponerse en contacto con nosotros en relación con nuestra ayuda financiera u otro tipo de asistencia. Además, en el último aviso se realiza una llamada telefónica automatizada que hace referencia a nuestra ayuda financiera e informa al paciente que la cuenta se enviará a una agencia de cobros externa si no se realizan gestiones financieras.
  - vii. Durante el ciclo de cobro o facturación, podemos ser notificados que el paciente ha fallecido. FirstHealth intentará cobrar la deuda durante ciento veinte (120) días y puede enviar una consulta al Secretario del Tribunal solicitando información sobre el patrimonio del paciente.

Dependiendo de la respuesta, el personal autorizado del hospital puede presentar un reclamo sobre el patrimonio, aplicar un ajuste de ayuda financiera o cesar toda actividad de cobro.

**E. Carta de seguimiento:**

- a. FirstHealth puede hacer un seguimiento por carta de la cobertura de terceros.
- b. Se hará un seguimiento de las cuentas de autopago para posibles programas de ayuda estatales o federales.
- c. Mientras se determina la cobertura, el paciente recibirá una carta cada treinta (30) días informándole que FirstHealth aún está evaluando su cuenta para posible asistencia.
- d. Cuando no se disponga de cobertura, se deberá abonar el saldo y se seguirá el calendario anterior para los extractos de los pacientes.

**F. Disputas:**

- a. Los pacientes pueden solicitar un extracto detallado poniéndose en contacto con la Oficina Comercial.
- b. Si el paciente impugna la validez de algún cargo, una enfermera auditora revisará el extracto detallado, lo comparará con su historial médico y comunicará los resultados a la gerencia para su revisión.
- c. El personal de Cuentas de Pacientes y la gerencia conversarán con el paciente sobre las conclusiones del auditor enfermero y resolverán la disputa.

**G. Cobertura a terceros:**

- a. FirstHealth facturará a todos los terceros pagadores por la parte responsable cuando la parte responsable haya proporcionado la información necesaria de manera oportuna y los beneficios sean asignados a FirstHealth.

**H. Reclamaciones por responsabilidad civil:**

- a. FirstHealth presentará reclamaciones de responsabilidad civil como cortesía al paciente.
- b. Si el paciente no tiene otra cobertura de salud, sus cuentas seguirán los criterios de cobro descritos anteriormente.
- c. Toda la información sobre el seguro de responsabilidad civil necesaria para presentar una reclamación deberá obtenerse en el momento del registro.

**I. Deudas incobrables:**

- a. Definición:
  - i. FirstHealth no vende deudas a agencias externas ni a terceros cobradores de deudas. Todas las deudas transferidas a agencias externas siguen siendo propiedad de FirstHealth.
  - ii. FirstHealth reconocerá las cuentas entregadas a abogados y agencias de cobro como deudas incobrables.
  - iii. FirstHealth también reconoce cualquier responsabilidad del paciente mayor de cierta edad como deuda incobrable para la organización y trasladará estas cuentas a una agencia interna según la política de transferencia de deudas incobrables.
  - iv. Cualquier garante con un historial de impago de cuentas será subcontratado a una agencia externa.
- b. Criterios: FirstHealth reconocerá las cuentas como deudas incobrables cuando las cuentas hayan pasado por el proceso de estados de cuenta del hospital sin ninguna respuesta aceptable. Las excepciones son las siguientes:
  - i. La cuenta está pendiente de Medicare o Medicaid por motivos conocidos.
  - ii. El personal autorizado del hospital reconoce antes de los setenta y cinco (75) días que la cuenta debe ir a un abogado, a una agencia de cobros o a juicio.
  - iii. El personal autorizado del hospital tiene otras razones documentadas no mencionadas anteriormente.
- c. Metodología: Todas las agencias de cobro externas siguen la metodología y los requisitos de cobro no agresivos de FirstHealth.
  - i. Las acciones de cobro no darán lugar a:

1. El arresto de una persona para cobrar una deuda.
  2. El enjuiciamiento por desacato civil o el encarcelamiento de una persona para cobrar una deuda médica.
  3. La ejecución hipotecaria de los bienes inmuebles de una persona para cobrar una deuda médica.
  4. El embargo de salarios o de devoluciones de impuestos estatales para cobrar una deuda médica.
  5. Cualquier acción de cobro extraordinaria.
  6. La notificación de la deuda de un paciente a una agencia de información crediticia.
  7. Acciones legales de cualquier tipo.
- d. Las cuentas se considerarán incobrables y se devolverán a las agencias de cobro cuando se cumplan los siguientes criterios:
- i. Moore Regional Hospital y todas las clínicas de FirstHealth:
    1. La cuenta se coloca en una segunda agencia de colocación durante dos (2) años.
    2. El saldo de la cuenta es inferior a \$5,000.00.
    3. Ninguna actividad de cobro activa en la agencia en los últimos seis (6) meses.
  - ii. Hospital Montgomery Memorial:
    1. La cuenta se coloca en una segunda agencia de colocación durante un (1) año.
    2. El saldo de la cuenta es inferior a \$1,500.00.
    3. Ninguna actividad de cobro activa en los últimos seis (6) meses.

*El personal autorizado del hospital también puede devolver las cuentas de la agencia caso por caso.*

**Referencias cruzadas:** (Ninguna)

**Recursos y referencias**

[Directrices federales de pobreza - Departamento de Salud y Servicios Humanos](#)

[Asistencia Financiera - Sitio Web de FirstHealth](#)

[Deuda médica de Carolina del Norte | NCDHHS](#)

**Anexos**

**Apéndice A: Directrices de pobreza para 2026**

*Las directrices de pobreza de 2026 están en vigor desde el 19 de enero de 2026.*

Directrices de pobreza para 2026 48 Estados contiguos y el Distrito de Columbia		FirstHealth de las Carolinas Determinación de la ayuda financiera		
Personas en la familia o unidad familiar	Límite de pobreza	100% Ayuda financiera	80% Ayuda financiera	70% Ayuda financiera
		<i>Ingresos hasta:</i>	<i>Ingresos hasta:</i>	<i>Ingresos hasta:</i>
<b>1</b>	\$15,650	\$31,300	\$43,820	\$56,340
<b>2</b>	\$21,150	\$42,300	\$59,220	\$76,140
<b>3</b>	\$26,650	\$53,300	\$74,620	\$95,940
<b>4</b>	\$32,150	\$64,300	\$90,020	\$115,740
<b>5</b>	\$37,650	\$75,300	\$105,420	\$135,540
<b>6</b>	\$43,150	\$86,300	\$120,820	\$155,340
<b>7</b>	\$48,650	\$97,300	\$136,220	\$175,140
<b>8</b>	\$54,150	\$108,300	\$151,620	\$194,940
<i>Para familias/hogares con más de 8 personas, añada \$5,500 por cada persona adicional.</i>		<b>200%</b> de la directriz de pobreza	<b>280%</b> de la directriz de pobreza	<b>360%</b> de la directriz de pobreza

- ❖ Los requisitos del Programa de Mitigación de Deudas Médicas de Carolina del Norte son:
  - i. Descuento del 100% para personas con ingresos inferiores al 200% del nivel federal de pobreza.
  - ii. Descuento de al menos el 75% para las personas con ingresos comprendidos entre el 200% y el 250% del nivel federal de pobreza.
  - iii. Descuento de al menos el 50% para las personas con ingresos comprendidos entre el 250% y el 300% del del nivel federal de pobreza.