

Política:	Política de ayuda financiera	
Entidad:	Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC	Fecha original:
Departamento:	Administración	Fecha de entrada en vigor de la evaluación o revisión: Enero de 2016
Categoría:	Cumplimiento normativo	Aprobada en septiembre de 2015 por: El consejo de administración de Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC
Ubicación o ubicaciones:	Ver abajo	Propietario:

Fechas anteriores de evaluación o revisión: 09/09/2015

Objetivo:

Esta política de ayuda financiera (“Política”) establece la política que Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC debe seguir al: (1) determinar la elegibilidad para ayuda financiera de los pacientes que reciben servicios médicamente necesarios; (2) calcular las cantidades que se cobran a los pacientes que pueden recibir ayuda financiera; y (3) facilitar el proceso de solicitud de ayuda financiera del paciente. Además, esta política describe las prácticas de facturación y cobros de Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC en cuanto a servicios de atención médica proporcionados en su hospital, incluyendo los esfuerzos que hará Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC para determinar la elegibilidad del paciente para recibir ayuda financiera antes de tomar medidas extraordinarias de cobro en caso de falta de pago.

Definiciones:

Montos facturados por lo general (AGB, por sus siglas en inglés): los montos que el hospital cobra por lo general por servicios médicamente necesarios a las personas que tienen seguro que cubre dicha atención médica; estos montos se determinan según la Sección 1.501(r)-5(b) de las Regulaciones del Departamento del Tesoro.

Plazo para presentar la solicitud: período de tiempo que empieza al principio de la atención médica continua de un paciente hasta 240 días después de haberle presentado la primera factura una vez que se le ha dado de alta.

Servicios cubiertos: servicios médicamente necesarios que brinda el hospital.

Servicios de emergencia: atención médica o tratamiento que brinda el hospital para una “afección que requiere tratamiento de urgencia”, tal y como se define el término en la EMTALA.

EMTALA: Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (42 U.S.C. § 1395dd; 42 C.F.R. § 489.24).

Medidas extraordinarias de cobro (ECA, por sus siglas en inglés): medidas extraordinarias de cobro tal y como se definen en la Sección 1.501(r)-6(b) de las Regulaciones del Departamento del Tesoro.

Pautas federales para determinar el índice de pobreza: pautas federales para determinar el índice de pobreza según las publica anualmente el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. *Consultar* las pautas actuales en <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm>.

Ayuda financiera: una reducción del monto bruto que el hospital cobra a los pacientes que cumplen con los requisitos de ayuda financiera según esta política.

Costos brutos: el precio completo y establecido por el hospital por servicios de atención médica que el centro hospitalario cobra sistemática y uniformemente a los pacientes antes de hacer concesiones, descuentos o deducciones contractuales.

Hospital: un centro de cirugía ambulatoria que requiere acreditación como hospital de acuerdo al Artículo 32.1, Capítulo 5 del Código de Virginia.

Ingresos familiares: los ingresos brutos anualizados de un paciente y todos los miembros de su hogar que se declaran en la misma declaración de renta federal.

Pacientes asegurados: personas que tienen cualquier tipo de seguro médico del gobierno, comercial, de atención administrada o privado.

Servicios médicamente necesarios: servicios razonables y necesarios para el diagnóstico o el tratamiento de una enfermedad o lesión que se llevan a cabo de acuerdo a normas reconocidas de atención médica en el momento del servicio y que no son principalmente para la comodidad del paciente o del médico u otro proveedor de atención médica del paciente.

Reclamos de responsabilidad civil a terceros: cualquier reclamo que un paciente pueda tener contra otra persona, aseguradora o entidad responsable de cubrir los costos del paciente por servicios médicos.

Pacientes sin seguro: personas que no tienen seguro médico del gobierno, comercial, de atención administrada o privado o cuyos beneficios del seguro se han agotado.

Servicios cubiertos:

Los médicos no son empleados del hospital. Cada médico factura sus servicios por separado y sigue sus propios procedimientos de facturación y cobro. **No hay proveedores, aparte del hospital en sí, que brinden servicios médicamente necesarios en el hospital y que estén cubiertos bajo esta política. Esta declaración corresponde a todos los servicios de cirugía que brinda el hospital.**

SOLO SE CONSIDERAN COMO SERVICIOS QUE CUBREN LOS REQUISITOS DE ATENCIÓN MÉDICA DEL PACIENTE BAJO ESTA POLÍTICA A LOS SERVICIOS CUBIERTOS PROPORCIONADOS POR EL HOSPITAL EN SU INSTALACIÓN. El hospital no tiene la autoridad de ofrecer ayuda financiera con respecto a los cobros de los médicos u otros profesionales de la salud que no están empleados por el hospital.

El hospital cuenta con acreditación como hospital de cirugía ambulatoria de acuerdo al Artículo 32.1, Capítulo 5 del Código de Virginia y no brinda servicios de emergencia.

Descalificación de la ayuda financiera:

La ayuda financiera no está disponible para pacientes que no cumplen razonablemente con los requisitos correspondientes del pagador, incluyendo, entre otros, obtener autorizaciones, recomendaciones u otros requisitos para la adjudicación del reclamo.

La ayuda financiera no está disponible cuándo un reclamo relacionado de responsabilidad civil a terceros está disponible para el paciente. Se determinan excepciones caso por caso en base a los datos y las circunstancias particulares.

Se negará la ayuda financiera si el paciente, el tercero responsable del paciente o el fiador brindan información falsa con respecto a sus ingresos, el tamaño de la familia, los activos, los pasivos, los gastos u otros recursos disponibles que puedan indicar la capacidad financiera de pagar los servicios cubiertos.

Criterios de elegibilidad y determinación del monto de la ayuda financiera:

Los pacientes tienen derecho a solicitar ayuda financiera para pagar los servicios cubiertos en virtud de esta política en cualquier momento durante el plazo para presentar la solicitud. Al determinar el nivel de ayuda financiera para el cual un candidato llena los requisitos en virtud de esta política se evalúan los ingresos familiares de cada paciente teniendo en cuenta hechos y circunstancias relevantes, tales como los ingresos declarados, los activos, los pasivos, los gastos y otros recursos a disposición del paciente o de la persona responsable del paciente.

Teniendo en cuenta todos estos factores, se usan los siguientes criterios de ingresos familiares para determinar la cantidad, dado el caso, que se deducirá como ayuda financiera del saldo pendiente en la cuenta de los pacientes con relación a sus servicios cubiertos:

- Los pacientes que no tienen seguro y cuyos ingresos familiares están por debajo de las pautas federales del momento para determinar el índice de pobreza en un 200% o más reúnen los requisitos para una deducción total o del 100% del monto bruto que cobra el centro hospitalario con relación a los servicios cubiertos en virtud de esta política.
- Los pacientes asegurados que tienen ingresos familiares del 200% o menos de las pautas federales del momento para determinar el índice de pobreza reúnen los requisitos para una deducción total o del 100% de cualquier saldo restante que sea responsabilidad del paciente después de que el seguro haya pagado por los servicios cubiertos en virtud de esta política.
- Los pacientes que no tienen seguro y tienen ingresos familiares **superiores** al 200% de las pautas federales del momento para determinar el índice de pobreza no reúnen los requisitos para recibir ayuda financiera en virtud de esta política. Sin embargo, deben ponerse en contacto con el hospital, como se describe en este documento, para determinar si es posible que llenen los requisitos para obtener descuentos que se ofrecen ajenos a esta política.

Quienes solicitan ayuda financiera en virtud de esta política tal vez tengan que presentar cualquiera de los siguientes documentos como verificación de los ingresos familiares durante el plazo para presentar la solicitud: tres recibos de pago más recientes en el momento de hacer la solicitud; la declaración de renta federal anual o formulario W-2 más reciente en el momento de hacer la solicitud; comprobante del empleador; documentos de ayuda del gobierno, cartas del seguro social, del seguro de indemnización al trabajador o de determinación de compensación de desempleo; extractos bancarios; o cualquier otro documento que sirva de prueba de ingresos familiares. El hospital también puede utilizar los datos de ingresos, activos, pasivos, gastos y otros recursos de consultas de crédito de terceros, así como fuentes de datos disponibles al público, como prueba para determinar y validar los ingresos familiares del solicitante que determinan la elegibilidad en cuanto a ayuda financiera en virtud de esta política.

No se supone que las determinaciones anteriores de elegibilidad de un paciente con respecto a la ayuda financiera se apliquen a casos nuevos de tratamiento de dicho paciente. Hay que llenar una solicitud nueva de ayuda financiera.

Conforme a esta política, una vez que se determina que el paciente reúne los requisitos de ayuda financiera en virtud de esta política, no se le cobrarán los montos facturados por lo general por los servicios cubiertos en virtud de esta política; por lo tanto, los cálculos de los montos facturados por lo general no corresponden.

Métodos para solicitar u obtener ayuda financiera:

La solicitud de ayuda financiera está disponible en el área de registro del paciente del hospital y también se puede descargar gratuitamente de internet en www.lakeridgesurgerycenter.com. La solicitud de ayuda financiera también se puede enviar gratuitamente por correo a los pacientes que la soliciten por teléfono en el 703-357-9568 o que envíen una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Lake Ridge Ambulatory Surgery Center, LLC
ATTN: Business Office Manager
12825 Minnieville Road, Suite 204
Woodbridge, Virginia 22192
Teléfono: 703-357-9568

Las solicitudes de ayuda financiera llenas, así como los comprobantes de ingresos familiares, se deben enviar por correo a la dirección que aparece en esta política. Como alternativa, el paciente puede devolver la solicitud llena, así como los comprobantes de ingresos familiares, en cualquier área de registro del paciente del hospital.

Los pacientes que necesiten información adicional sobre esta política o necesiten ayuda con esta solicitud de ayuda financiera pueden llamar o presentarse a la dirección anterior de lunes a viernes durante las horas laborales normales y hablar con el/la administrador/a del hospital.

Duración de la elegibilidad:

Las determinaciones de elegibilidad en virtud de esta política permanecen vigentes por los servicios cubiertos prestados hasta 240 días antes de la fecha final de aprobación de la solicitud de ayuda financiera y no corresponden a fechas de servicios después de esta fecha final de aprobación de la solicitud.

Medidas que se toman en caso de falta de pago (cobros con mora):

Se hacen esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente en cuanto a ayuda financiera en virtud de esta política con respecto a los servicios cubiertos antes de emprender esfuerzos de cobros con mora contra el paciente. Dichos esfuerzos incluyen notificar al paciente de esta política, ayudar al paciente a corregir toda solicitud incompleta de ayuda financiera e informar al solicitante de ayuda financiera de la determinación de su elegibilidad una vez que hemos recibido la solicitud llena.

Si, después de haber hecho esfuerzos razonables, se descubre que el paciente no reúne los requisitos de ayuda financiera en virtud de esta política o no responde a los esfuerzos del hospital para obtener la información necesaria para determinar su elegibilidad para ayuda financiera, la cuenta del paciente se podría pasar a deudas incobrables y la cuenta morosa se podría transferir a una empresa de cobranza externa. El hospital podría tomar medidas extraordinarias de cobro una vez que se ha pasado una cuenta a la empresa de cobranza. Las medidas extraordinarias de cobro pueden incluir informar la cuenta morosa a una o más agencias de información de solvencia sobre consumidores (oficinas de crédito), así como prorrogar o negar los servicios cubiertos o exigir pago antes de proporcionar los servicios cubiertos debido a falta de pago de servicios cubiertos proporcionados anteriormente. Además, el hospital podría entablar demandas, iniciar un proceso judicial, registrar sentencias o escrituras de fideicomiso, implementar embargos de propiedad raíz y retener salarios y otros activos.

Antes de clasificar las cuentas de un paciente como deudas incobrables, el hospital, como parte de su proceso de rutina de cobros, le envía al paciente por correo una serie de tres estados de cuenta y también puede tratar de ponerse en contacto con el paciente. El hospital también contrata los servicios de negociantes de elegibilidad para ayudar a los pacientes que no tienen seguro a enviar solicitudes a programas del gobierno, tales como Medicaid. El hospital utiliza tecnología y otros servicios de suministro para ayudar a encontrar información sobre el pagador cuando dicha información no se le proporciona al hospital durante el procedimiento de registro del paciente.

En caso de falta de pago o ausencia de todo convenio de pago de mutuo acuerdo, el hospital considerará la cuenta de deuda incobrable y es posible que tome medidas extraordinarias de cobro después de 120 días a partir del momento en que se le dio la primera factura al paciente después de que se le dio de alta. Cuando la cuenta se considera deuda incobrable se le enviará al paciente por correo una serie adicional de tres estados de cuenta. Se evaluará todo monto que quede sin pagar al final de esta segunda serie de estados de cuenta que se envía al paciente con miras a contraprestación legítima o al envío posible a una empresa de cobranza externa.

Los balances del paciente reúnen los requisitos de una evaluación de ayuda financiera durante el plazo para presentar la solicitud. Después de recibir la solicitud de ayuda financiera durante el plazo para presentar la solicitud se suspenden todas las medidas extraordinarias de cobro hasta que el hospital haga una determinación final de elegibilidad. A quien solicite ayuda financiera y brinde información incompleta durante el plazo para presentar la solicitud se le da un tiempo razonable, según y como lo determine el hospital y en base a hechos y circunstancias particulares, para que responda a la notificación por escrito del hospital y entregue la información o la documentación adicional necesaria para finalizar la solicitud. Si el solicitante no responde a la solicitud de información adicional del hospital en un plazo de tiempo razonable, según y como lo determine el hospital y en base a hechos y circunstancias particulares, se reanudan las medidas extraordinarias de cobro.

Por lo menos 30 días antes de que el hospital inicie las medidas extraordinarias de cobro se informa al paciente, por escrito, de las medidas extraordinarias de cobro que el hospital tiene la intención de iniciar para obtener el pago, así como de la disponibilidad de ayuda financiera para las personas que reúnen los requisitos. Junto con esta notificación, se le proporciona al paciente un resumen en lenguaje sencillo de esta política. El hospital también hará esfuerzos razonables para informar a los pacientes verbalmente de esta política y de cómo pueden obtener ayuda con el proceso de solicitud de ayuda financiera durante el período entre el envío por correo de la notificación de inicio de las medidas extraordinarias de cobro y el inicio o reinicio de estas medidas. Las medidas extraordinarias de cobro no pueden tener lugar antes de los 120 días a partir del momento en que se le dio la

primera factura al paciente después de que se le dio de alta, como se describe en la Sección 1.501(r)-6(c)(3)(i) de las Regulaciones del Departamento del Tesoro.

El/la administrador/a del hospital es responsable de decidir si el hospital ha hecho esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente en cuanto a ayuda financiera en virtud de esta política antes de tomar medidas extraordinarias de cobro.

Excepciones a esta política

El/la administrador/a del hospital tiene la autoridad de hacer excepciones a esta política en cuanto a elegibilidad y decisión, caso por caso, como corresponda a los hechos y circunstancias particulares del paciente. En ningún caso se le negará ayuda financiera a un paciente si reúne los requisitos establecidos de elegibilidad y decisión con respecto a los servicios cubiertos establecidos en esta política.