

Asistencia económica: AD.0083

PROPÓSITO

El propósito de esta política es establecer pautas conforme a las cuales Lakeland Regional Health Medical Center (LRHMC) y Lakeland Regional Health Systems (LRHS), colectivamente Lakeland Regional Health (LRH), brindarán asistencia económica a un paciente cuyo estado económico lo haga poco práctico o imposible pagar la factura completa por los servicios médicos de emergencia y urgencia proporcionados por LRH. Con la excepción de la disposición de descuento para no asegurados aplicable a LRH, esta póliza se aplica únicamente a los servicios que se proporcionen en un hospital/clínica basada en el hospital de LRHMC y los honorarios profesionales relacionados por servicios que proveedores empleados por LRH proporcionen en un centro de LRHS. Esta política no se aplica a otros proveedores de atención médica que facturan sus servicios de forma independiente. Esta póliza no se aplica a servicios no médicos tales como servicios sociales, educativos o vocacionales, ni a servicios electivos (es decir, los casos quirúrgicos programados por adelantado están excluidos de la asistencia económica a menos que sean aprobados con antelación por el director médico de LRH; la atención brindada en las clínicas basadas en el hospital solamente está incluida para Morrell Internal Medicine, Kathleen Family Medicine o el Center for Fetal Care, a menos que sean aprobadas con antelación por el director médico de LRH; y los procedimientos quirúrgicos cosméticos o bariátricos están excluidos). La prestación de atención gratuita o con descuento a los pacientes a través de esta política de asistencia económica (Financial Assistance Policy, FAP) es coherente y esencial para la ejecución de la misión, la visión y los valores de LRH. Nuestras políticas guían nuestras prácticas y garantizan que pongamos a las personas en el centro de todo lo que hacemos para brindar los mejores resultados y la atención más segura.

APLICABILIDAD

Esta política se aplica a la fuerza de trabajo de Lakeland Regional Health.

POLÍTICA

Solicitar asistencia económica

Las solicitudes y la información relacionada con el Programa de asistencia económica estarán disponibles en el área de admisiones y en todas las áreas de registro de pacientes. También se puede obtener información llamando al 863-687-6218, enviando un correo electrónico a Financialassistance@myLRH.org o visitando el sitio web de LRH (myLRH.org).

LRH se compromete a servir a su comunidad ayudando a promover respuestas en toda la comunidad a las necesidades de los pacientes en asociación con organizaciones gubernamentales y privadas. Con el fin de promover la salud y el bienestar de la comunidad atendida, los pacientes serán elegibles para recibir servicios de atención médica gratuitos o con descuento según esta política. El hospital brindará, sin discriminación, atención para condiciones de emergencia (según el significado de la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo [Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA]) a las personas, independientemente de si son elegibles para recibir asistencia económica. Se prohíbe que se realicen actividades de cobro de deudas en el Departamento de Emergencias o en otros lugares del hospital si dichas actividades interfieren con el tratamiento

de condiciones médicas de emergencia. La necesidad de tratamiento médico de cualquier paciente se basa en el criterio clínico del proveedor sin tener en cuenta la situación económica del paciente.

Los servicios que son preprogramados y/o que se consideran no emergencias, médicamente necesarios, experimentales, relacionados con un estudio de investigación, procedimientos quirúrgicos bariátricos/cosméticos de pago propio cubiertos bajo un acuerdo de tarifa fija, paquete de precios o un procedimiento cosmético electivo no están cubiertos por esta política. Los saldos de los pacientes para procedimientos bariátricos autorizados por el seguro primario no se pueden considerar para asistencia económica después de los pagos del seguro, a menos que el monto restante sea mayor que el acuerdo de tarifa fija bariátrica/cosmética del paciente que paga por cuenta propia y luego se ajustará al acuerdo de la tarifa fija.

Determinación de elegibilidad

La elegibilidad se puede determinar una vez que se haya recibido un formulario de solicitud completo y firmado (puede ser una firma electrónica) junto con toda la documentación de respaldo requerida. Los beneficiarios de Medicare deben completar y firmar la solicitud completa junto con la documentación solicitada. Se pueden utilizar herramientas de presunta elegibilidad para verificar los ingresos si el paciente no quiere o no puede firmar una solicitud y/o proporcionar la documentación requerida.

Para ser elegible para asistencia económica, el paciente debe cooperar con LRH para proporcionar la información y la documentación necesaria para presentar reclamaciones de cualquier cobertura de seguro disponible y para solicitar y cumplir con los requisitos de documentación de otros programas que puedan estar disponibles para pagar las facturas de atención médica del paciente, incluidos, entre otros, Medicaid, Florida Kid Care, Victims of Crime, Polk Indigent Health Plan o cualquier programa para indigentes administrado por el condado. Si no se proporciona la documentación o si la solicitud permanece incompleta, NO se otorgará asistencia económica, a menos que el paciente cumpla con los criterios de elegibilidad del estado de presunto indigente que se analizan a continuación. En estos casos, se documentará la falta de cumplimiento y la cuenta estará sujeta al proceso normal de flujo de cuenta de estados de cobro de pago por cuenta propia, remisión a una agencia de cobro e informes de la agencia de crédito.

Requisito de residencia

Para servicios que no sean de emergencia o urgencia, solamente aquellos pacientes que residan en el área de servicio principal de LRHMC serán elegibles para recibir asistencia económica de conformidad con esta política. Los siguientes códigos postales conforman el área de servicio principal de LRHMC: 33801, 33803, 33805, 33809, 33810, 33811, 33812, 33813, 33815, 33823, 33849, 33860, 33868, 33802, 33804, 33806, 33807, 33835, 33840, 33846, 33863, 33563, 33564, 33565, 33566 y 33567.

Las personas fuera de los códigos postales elegibles y que califiquen para otra cobertura de terceros pero que opten por no usar su cobertura o los pacientes que busquen atención fuera de su red de proveedores o fuera del área de servicio serán elegibles para un descuento para personas sin seguro basado en el porcentaje del monto generalmente facturado (Amount Generally Billed, AGB).

Es posible que se solicite a los pacientes que proporcionen una prueba válida de residencia, como, por ejemplo:

- Licencia de conducir válida de Florida.
- Factura reciente de servicios públicos residenciales.
- Contrato de arrendamiento.
- Tarjeta de registro del vehículo.
- Tarjeta de registro de votante.
- Declaración de un familiar que reside en el mismo domicilio que el paciente y presenta verificación de residencia.
- Carta de un refugio para personas sin hogar, una casa de transición u otro centro similar.

Pautas de asistencia económica

Son elegibles para una revisión de asistencia económica las cuentas para las cuales se reciba una solicitud de asistencia económica completada dentro de los 240 días posteriores al primer estado de cuenta por los servicios prestados en un centro de LRHMC o antes de la fecha indicada en el aviso que describe la fecha después de la cual se puede iniciar el informe a la agencia de crédito.

El Departamento de Servicios Financieros para Pacientes de LRHMC mantiene un cuadro basado en las pautas federales de pobreza (Federal Poverty Guidelines, FPG) (con sus modificaciones periódicas) para que lo utilice el personal al calcular la obligación económica de cualquier paciente que cumpla con los criterios de asistencia económica que se describen a continuación.

Para ser elegible para un ajuste de asistencia económica del 100 % (es decir, cancelación total), el paciente no debe estar asegurado y el ingreso familiar del paciente debe ser menor o igual al 200 % de las FPG actuales (ajustadas según el tamaño de la familia). Si el ingreso familiar del paciente es mayor al 200 % y menor o igual al 400 % de las FPG actuales (ajustadas según el tamaño de la familia), el paciente recibirá un ajuste de asistencia económica que se basa en el porcentaje del monto generalmente facturado (AGB) de LRHMC. Para el 28 de enero de cada año, el porcentaje del AGB se calculará dividiendo la suma de los montos permitidos para reclamos de servicios permitidos por el pago por servicio de Medicare y todas las aseguradoras de salud privadas durante el período de doce meses anterior que finalizó el 30 de septiembre por los cargos brutos para tales reclamaciones. Ninguna persona elegible según esta política de asistencia económica recibirá un ajuste de asistencia económica que sea menor que el monto calculado utilizando el porcentaje del AGB. El porcentaje del AGB vigente a partir del 1.º de febrero de 2024 es del 20 %, por lo tanto, el ajuste de asistencia económica basado en el porcentaje del AGB es del 80 %. En todas las situaciones descritas en este párrafo, el ajuste de asistencia económica se aplicará al saldo pendiente de una cuenta después de los pagos de terceros, si los hubiere.

El ajuste de asistencia económica basado en el porcentaje del AGB también se aplicará al saldo pendiente, después de los pagos por parte del seguro, si corresponde, de pacientes con gastos

médicos catastróficos, como se define a continuación. Los pacientes sin seguro de LRHMC que no sean elegibles para recibir asistencia económica según las disposiciones de la póliza recibirán un descuento para personas sin seguro basado en el porcentaje del AGB.

Ningún paciente será personalmente responsable de pagar un monto por un servicio realizado en un centro de LRHMC que exceda un monto determinado multiplicando el ajuste de asistencia económica basado en el porcentaje del AGB por los cargos facturados por el servicio. Si un paciente no es elegible para un ajuste mayor según los programas de asistencia económica de esta póliza, se le dará al paciente un ajuste igual al descuento sin seguro basado en el porcentaje del AGB para reducir el monto adeudado por el paciente después del pago por parte del seguro y la aplicación de cualquier ajuste contractual a un monto igual al porcentaje del AGB multiplicado por los cargos facturados por el servicio.

Si se determina que una persona es elegible para recibir asistencia económica por un servicio brindado en un centro de LRHMC, el ajuste de asistencia económica aplicable se aplicará a cualquier servicio relacionado brindado por proveedores empleados de LRH en el centro de LRHMC.

Se reembolsará cualquier pago excesivo realizado por un paciente en una cuenta que sea elegible para un ajuste de asistencia económica.

Si se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia económica, el paciente será elegible para recibirla para todos los servicios de emergencia prestados en el período de doce meses posterior a la fecha de la determinación y seis meses antes de la fecha de la determinación. En ausencia de una creencia razonable de que los ingresos del hogar han cambiado materialmente, el proceso de solicitud limitado incluirá la finalización de la solicitud requerida y, si es posible, la verificación de los ingresos del hogar utilizando herramientas de elegibilidad presunta.

Después de que se haya realizado el ajuste de asistencia económica, el paciente será elegible para un plan de pago con un pago anual que no exceda el 10 % del ingreso familiar del paciente. En circunstancias extraordinarias, el director económico puede aprobar una excepción que permita plazos de pago más largos.

Si se determina que el paciente tiene la capacidad de pagar toda o una parte de una factura, dicha determinación no impide una reevaluación de la capacidad de pago del paciente en una fecha posterior dentro de los 240 días de la determinación original. Se indicará a los pacientes que notifiquen a LRHMC sobre un cambio en su estado económico y se les informará que pueden solicitar un cambio en los términos del plan de pago en función de un cambio en su estado económico. La elegibilidad para recibir asistencia económica se reevalúa como se describe a continuación:

- Cambio en el ingreso familiar.
- Cambio de tamaño de familia.

Esfuerzos para identificar personas que puedan ser elegibles para recibir asistencia económica

Se harán esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para recibir asistencia económica. Durante los primeros 240 días después del primer estado de cuenta de facturación

posterior al alta o posterior al servicio (para pacientes ambulatorios), LRHMC o el agente de LRHMC (es decir, una agencia de cobro) notificará al paciente sobre la política de asistencia económica. El paciente recibirá al menos tres estados de cuenta de facturación que incluyan información sobre cómo solicitar asistencia económica y recibirá un aviso por escrito que informe al paciente que se puede iniciar el informe a la agencia de crédito si no se solicita asistencia económica o si la cuenta no se paga. El aviso por escrito incluirá un resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia económica. Si se determina que un paciente califica para asistencia económica y se ha informado por error cualquier información a una oficina de crédito antes de los 240 días desde el primer estado de cuenta de facturación posterior al alta o al servicio, cualquier información adversa reportada será retractada.

A todos los pacientes identificados como posibles beneficiarios de asistencia económica se les ofrecerá la oportunidad de solicitarla. Si esta evaluación no se realiza hasta después del alta del paciente, o en el caso de pacientes ambulatorios o de emergencia, un representante de LRHMC enviará por correo la [solicitud de asistencia económica](#) correspondiente al paciente; si la solicitud de asistencia económica está incompleta, el hospital le proporcionará a la persona un aviso por escrito solicitando la información y/o documentación adicional necesaria para completar la solicitud que se devolverá dentro de los treinta días posteriores al aviso por escrito. El hospital o su agente (es decir, una agencia de cobros) también proporcionará al paciente al menos un aviso por escrito que le informe que se pueden iniciar informes de la agencia de crédito si el paciente no completa la solicitud o no paga el monto adeudado. El aviso por escrito especificará la fecha, que será de al menos 30 días después de la fecha del aviso, después de la cual se podrá iniciar el informe de la agencia de crédito. Los informes de la agencia de crédito son la única actividad de cobro extraordinaria (Extraordinary Collection Activity, ECA) permitida de conformidad con esta política.

Requisitos de documentación

Todos los pacientes que soliciten asistencia económica deberán completar una [solicitud de asistencia económica](#) y proporcionar la documentación de respaldo solicitada necesaria para verificar la elegibilidad. La solicitud podrá firmarse electrónicamente. La declaración deberá incluir un reconocimiento de que, de acuerdo con la Sección 817.50 del Código de Estatutos de Florida, proporcionar información falsa para defraudar a un hospital con el propósito de obtener bienes o servicios constituye un delito grave de tercer grado.

Las decisiones presuntas de asistencia económica para pacientes no asegurados pueden determinarse según el formulario de determinación de ingresos y/o análisis de terceros, utilizando un proceso de consulta de crédito solamente si el Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL) del paciente cumple con los criterios para recibir asistencia económica y, por lo tanto, no se requiere una solicitud completa y se considera que cumple con la elegibilidad presunta. Los beneficiarios de Medicare no son elegibles para esta presunta asistencia económica.

También se pueden solicitar o utilizar una o más de las siguientes formas de verificación de ingresos para validar la información proporcionada en la solicitud:

- PARO/Search America/FAS u otras herramientas de elegibilidad presunta.
- W-2.

- Recibos de pago actuales.
- Declaraciones de impuestos.
- Formulario de aprobación o denegación de compensación por desempleo o compensación para trabajadores.
- Verificación escrita de salarios de un empleador.
- Verificación escrita de agencias de bienestar público o cualquier agencia gubernamental de los ingresos del paciente.
- Un comprobante de remesa de Medicaid que refleje que los beneficios del paciente para el año fiscal de Medicaid se han agotado.
- A los pacientes que trabajan por cuenta propia o que poseen propiedades generadoras de ingresos se les puede exigir que proporcionen información detallada sobre ingresos y gastos relacionados con sus negocios o propiedades de inversión.

Los asesores económicos pueden aprobar ajustes de asistencia económica por montos de hasta \$25,000. El director de acceso al paciente aprobará cualquier ajuste de asistencia económica de \$25,000 a \$50,000. El vicepresidente asociado (Associate Vice President, AVP)/ciclo de ingresos aprobará cualquier ajuste de asistencia económica de \$50,000 a \$100,000. El director de finanzas (Chief Financial Officer, CFO) aprobará cualquier monto superior a \$100,000.

Todos los registros, incluidas las solicitudes, la documentación y la autorización de asistencia económica, se escanearán en la carpeta de la cuenta del paciente y se conservarán durante un período no inferior a siete (7) años.

Aviso de determinación de elegibilidad

Se proporcionará al paciente una decisión por escrito sobre la elegibilidad, a menos que el paciente haya sido aprobado bajo elegibilidad presunta. Este aviso indicará el monto de la asistencia económica (para aprobaciones) o un aviso de denegación. LRHMC proporcionará un estado de cuenta de facturación a la persona que indique la cantidad adeudada, si la hubiera, muestre o describa cómo el paciente puede obtener información sobre el porcentaje del AGB para la atención brindada y cómo se determinó el descuento.

El supervisor del equipo de asistencia económica es responsable de garantizar que las determinaciones de elegibilidad se realicen de manera consistente con esta política. Si un paciente tiene preguntas sobre una determinación, se le dará la oportunidad de discutir la determinación con el supervisor y de que el director de acceso al paciente, el AVP/ciclo de ingresos y/o el director económico realice una revisión de la determinación.

Actividades de cobro

LRH no participará en las siguientes actividades de cobro para ningún paciente (incluso si no califican para recibir asistencia económica):

- Fijar un gravamen sobre la propiedad de una persona.
- Embargar la propiedad inmobiliaria de una persona.

- Embargar o incautar la cuenta bancaria de una persona u cualquier otro bien personal.
- Iniciar una acción civil contra una persona.
- Causar el arresto de una persona.
- Causar que una persona esté sujeta a una orden judicial de embargo corporal.
- Embargar el salario de una persona.
- Exigir el pago de una factura anterior como condición para recibir servicios futuros en LRHMC. Esta prohibición no se aplica a los servicios de oficina proporcionados por LRH.

LRHMC o sus representantes (es decir, una agencia de cobranza) pueden reportar a un paciente a una oficina de crédito si el paciente ha recibido un aviso por escrito (y se ha intentado proporcionar un aviso oral) especificando la fecha, que no deberá ser inferior a 30 días después de la fecha del aviso, después de los cuales se pueden realizar los informes a la agencia de crédito. El informe a las agencias de crédito no puede ocurrir antes de los 240 días después de la fecha en que el paciente recibió el primer estado de cuenta de facturación por la atención proporcionada. Estas limitaciones no se aplican a LRHS.

Medidas para publicitar ampliamente

La información sobre el Programa de asistencia económica se difundirá por diversos medios, incluidas comunicaciones escritas y verbales con los pacientes con respecto a su factura. Los carteles deberán estar visibles en todos los puntos de registro y en todos los lugares públicos del hospital para notificar a los pacientes sobre el programa de asistencia económica. Como mínimo, se colocarán carteles en todas las áreas de admisión de pacientes, incluidos, entre otros, el Departamento de Emergencias y el área de admisión/registro de pacientes. Un aviso escrito y distinguible sobre la disponibilidad de asistencia económica aparecerá en los estados de cuenta de facturación del paciente. Copias de la política de asistencia económica, las solicitudes y un resumen en lenguaje sencillo de esta política estarán disponibles previa solicitud y sin cargo. El aviso de la política de asistencia económica y un resumen en lenguaje sencillo de esta política también estarán disponibles en el sitio web de LRH. Toda la información pública y/o formularios relacionados con la política de asistencia económica estarán disponibles en inglés y español. Las hojas informativas que resumen la política de asistencia económica estarán disponibles para agencias públicas locales como The Polk HealthCare Plan, Lakeland Volunteers in Medicine, el Departamento de Salud y otras entidades consideradas apropiadas.

Seguimiento e informes

El costo de la atención brindada de conformidad con esta política de asistencia económica se informa anualmente en el informe de beneficios comunitarios de LRHMC. LRHMC informa el costo de la atención brindada (no los cargos) utilizando la relación costo-cargo disponible más reciente u otra base que se ajuste a la guía de la junta de principios y prácticas de la asociación de gestión financiera de atención médica, los principios de contabilidad generalmente aceptados o las pautas del servicio de impuestos internos. Cualquier asistencia económica ofrecida bajo esta política está sujeta a revisión para garantizar el cumplimiento de esta política.

Pautas adicionales de asistencia económica y criterios de elegibilidad (presunto indigente)

En las siguientes situaciones, se puede considerar que un paciente es elegible para una reducción del 100 % de los cargos: (En las siguientes situaciones, no es necesario enviar un aviso por escrito al paciente informándole sobre el ajuste de asistencia económica del 100 %).

Si un paciente es actualmente elegible para Medicaid, Medicaid HMOs, el Plan de Atención Médica de Polk, cualquier programa para indigentes administrado por el condado u otros programas de asistencia gubernamental similares que basen la elegibilidad en el ingreso familiar de igual o menor al 200 % de las FPG, pero no fue elegible para cobertura debido a beneficios agotados o beneficios no cubiertos a través de los programas. Luego de la verificación de la elegibilidad para estos programas, LRHMC considerará que el paciente es elegible para un ajuste de asistencia económica del 100 % como presunto indigente.

Si un paciente recibe atención gratuita de una clínica comunitaria (por ejemplo, Lakeland Volunteers In Medicine, el Departamento de Salud o Central Florida Health Care) que basa la elegibilidad para los servicios en los ingresos, y la clínica comunitaria remite al paciente a LRHMC para recibir servicios, el paciente será considerado elegible para un ajuste de asistencia económica del 100 % como presunto indigente.

Si un paciente que no recibe Medicare se descubre que no tiene seguro, y no se completa una solicitud de asistencia económica, la herramienta de análisis de terceros utilizará un proceso de investigación crediticia para confirmar el FPL del paciente y, si está dentro del porcentaje del FPL adecuado, entonces se considerará al paciente elegible para el ajuste de asistencia económica correspondiente como presunto indigente.

Si se confirma que un paciente no tiene hogar utilizando una dirección de refugio o se confirma que no tiene dirección a través de una herramienta de verificación de direcciones de terceros, junto con el análisis de una herramienta de terceros utilizando un proceso de investigación crediticia solamente si el FPL reportado del paciente cumple con los criterios, entonces el paciente será considerado elegible para un ajuste de asistencia económica del 100 % como presunto indigente.

La víctima de un delito violento de agresión sexual y el tratamiento relacionado con el mismo se presumirá indigente para cualquier responsabilidad del paciente después de que se hayan realizado pagos a terceros.

Si un paciente fallece, LRHMC revisará los documentos sucesorios estatales y locales como prueba de un patrimonio. Si no se determina que ningún patrimonio sea suficiente para cubrir el saldo de la cuenta después de aplicar el porcentaje del AGB, se presumirá que el paciente es indigente.

Si un paciente tiene una sentencia de quiebra vigente, LRHMC verificará dicha sentencia y se presumirá que el paciente es indigente.

Si un paciente sin seguro que tiene un saldo de encuentro que no se determinó previamente como elegible, ya sea por falta de información o por información incorrecta obtenida, pero LRH agotó todos los esfuerzos de cobro sin ningún pago y la cuenta cumple con los criterios para una cancelación de deuda incobrable, entonces LRH puede revisar la elegibilidad del encuentro

utilizando cualquiera de los criterios de presunto indigente mencionados anteriormente para confirmar la elegibilidad para recibir asistencia económica en lugar de cancelarla como deuda incobrable.

PROCEDIMIENTO

Ninguno

DEFINICIONES

Pautas federales de pobreza (FPG): pautas de pobreza actualizadas anualmente en el registro federal por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. bajo la autoridad del Título 42 del Código de los Estados Unidos (United States Code, USC) 9902(2).

Grupo familiar: el paciente, el cónyuge del paciente, todos los dependientes del paciente y cualquier persona que pueda reclamar al paciente como dependiente. Si el paciente es menor de dieciocho años, el grupo familiar incluye al paciente, los padres naturales o adoptivos del paciente, cualquier persona que reclame al paciente como dependiente y otros dependientes de los padres.

Ingreso familiar: los ingresos totales de un hogar de todas las fuentes durante el año calendario anterior a la presentación de la solicitud de asistencia económica, incluidos, entre otros, sueldos brutos, salarios, dividendos, intereses, beneficios del Seguro Social, compensación de los trabajadores y apoyo regular de miembros de la familia que no viven en el hogar, pensiones gubernamentales, pensiones privadas, pagos de seguros y anualidades, ingresos netos de alquileres, intereses comerciales familiares, regalías, herencias, fondos fiduciarios, manutención infantil y pensión alimenticia. Si el año calendario anterior a la presentación de la solicitud de asistencia económica no es representativo de los ingresos del hogar debido a un cambio material en las circunstancias, se utilizará el período de doce meses más reciente antes de la presentación de la solicitud de asistencia económica. En ausencia de una creencia razonable de que la información de la declaración de impuestos no es una representación precisa de los ingresos del hogar, la declaración de impuestos del año anterior a la presentación de la solicitud de asistencia económica se utilizará para determinar los ingresos del hogar, si está disponible.

Gastos médicos catastróficos: un saldo adeudado a LRHMC para todas las cuentas pendientes, después del pago por parte de todos los terceros, son elegibles para un descuento de asistencia económica de hasta el 80 % del saldo restante después de todos los pagos de terceros (o el porcentaje anual del AGB calculado cada año) si su FPL es 200 % o menos. Esta es la única asistencia económica que se ofrece a aquellos pacientes que están asegurados y están sujetos al proceso completo de solicitud de asistencia económica y documentación requerida.

Paciente sin seguro: una persona que no tiene seguro y no tiene cobertura de (i) una aseguradora comercial externa, (ii) un plan de la Ley de Seguridad de los Ingresos de los Empleados en la Jubilación (Employee Retirement Income Security Act, ERISA), (iii) un programa de atención médica federal o estatal (incluidos, entre otros, Medicare, Medicaid y Champus), (iv) compensación laboral, (v) cuentas de ahorro médico, (vi) cobertura de responsabilidad civil u (vii) otra cobertura para la totalidad o parte de su factura.

Fuerza de trabajo: todos los empleados, voluntarios, aprendices/estudiantes, contratistas y personal médico de LRH.

Presunto indigente: un paciente que actualmente es elegible en el momento del servicio para Medicaid, Medicaid HMO, Polk Healthcare Plan, cualquier programa para indigentes administrado por el condado u otros programas de asistencia gubernamental similares que basen la elegibilidad en un ingreso familiar igual o inferior al 200 % de las FPG, o verificado por herramientas analíticas de terceros utilizando un proceso de consulta de crédito.

REFERENCIAS

Ninguna