



DEPARTAMENTO RESPONSABLE: Ciclo de ingresos	ASUNTO: Ayuda económica
NÚMERO DE PÁGINAS: 13	REEMPLAZA LA POLÍTICA (NÚMERO/FECHA): Todas las políticas de beneficencia anteriores en todos los hospitales de FMOLHS
Fecha original: 6/28/2013 Fecha de revisión: 6/25/2018; 2/17/2021 Fecha de entrada en vigor: 7/1/2018; 7/1/2021	NÚMERO DE POLÍTICA: FIN.04.29
Aprobado por: Cada entidad de FMOLHS	Fecha de aprobación: 06/2021

ALCANCE:

Se aplica a toda la atención de emergencia y a otra atención médicamente necesaria que ofrecen los centros hospitalarios de FMOLHS, incluyendo toda la atención que ofrecen las entidades considerablemente relacionadas en los centros hospitalarios de FMOLHS. Los centros hospitalarios de FMOLHS incluyen:

- Our Lady of the Lake Regional Medical Center
- Our Lady of Lourdes Regional Medical Center
- St. Dominic Memorial Hospital
- St. Francis Medical Center
- Our Lady of the Angels Hospital
- Assumption Community Hospital

PROPÓSITO:

El propósito de esta Política de Ayuda Económica (FAP) es especificar:

- los criterios de elegibilidad para recibir la ayuda económica en forma de atención gratis;
- cómo pedir la ayuda económica;
- cómo el hospital calcula las cantidades que se les cobra a los pacientes;
- cómo se publica ampliamente la FAP dentro de la comunidad a la que atiende el hospital;
- qué medidas puede tomar el hospital en caso de falta de pago; y
- el cumplimiento de las leyes y reglamentaciones estatales y federales vigentes.

POLÍTICA:

FMOLHS se compromete a ofrecer ayuda económica a quienes tienen necesidades de atención médica y no tienen seguro o tienen un seguro insuficiente, para pagar la atención médicamente necesaria con base en su situación económica individual. FMOLHS se esfuerza por garantizar que la capacidad económica de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención.

- A. Para **determinar** si una persona es **elegible** para recibir ayuda económica, la **persona debe pedir** la ayuda económica. Esta FAP describe cómo presentar una solicitud y especifica los criterios de elegibilidad que una persona debe cumplir para recibir la ayuda económica. La información y la **documentación requeridas** que deben presentarse como parte de la solicitud de ayuda económica también se establecen en esta FAP.
- B. Esta FAP se aplica a toda la atención de emergencia y a otra atención médicamente necesaria que ofrecen los hospitales de FMOLHS para el diagnóstico y el tratamiento de enfermedades o lesiones. El hospital determinar así un servicio es elegible para que se cubra con ayuda económica. Los servicios específicamente **excluidos** incluyen, entre otros, los siguientes:
- a. Atención que no sea médicamente necesaria, incluyendo, entre otros
 - i. Procedimientos cosméticos, como aumento de mamas, abdominoplastia, inyecciones de bótox, blefaroplastia, *peelings* químicos, eliminación de marcas de la piel, rellenos dérmicos, escleroterapia y tratamientos láser dermatológicos.
 - ii. Procedimientos dentales cosméticos
 - iii. Cirugía bariátrica
 - iv. Circuncisión
 - v. Pruebas genéticas
 - vi. Terapia hormonal de reemplazo
 - vii. Terapia de Stretta
 - b. Artículos personales ofrecidos durante una estancia como paciente hospitalizado, p. ej. bandejas para las visitas, habitaciones privadas que no sean médicamente necesarias.
 - c. Cargos que resulten de procedimientos que no cubra el seguro de terceros, aunque sean médicamente necesarios, debido a que el paciente no siguió las directrices del pagador del seguro y recibió servicios a sabiendas en un hospital no contratado.
 - d. Accidentes de automóviles donde se busca la responsabilidad de terceros para el pago de gastos hospitalarios (p. ej., los que involucran a pacientes sin seguro médico).
- C. Es posible que esta FAP no cubra los **servicios profesionales** prestados por médicos tratantes, asistentes médicos o profesionales de prácticas avanzadas en el Departamento de Emergencia (Emergency Department) y en todos los otros departamentos del hospital. Un documento separado de la FAP, disponible a pedido, contiene una lista de los proveedores que ofrecen atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria en el centro hospitalario. Los pacientes pueden pedir copias impresas, sin cargo, llamando al número de teléfono principal del hospital y pidiendo hablar con el Departamento de Orientación Económica (Financial Counseling Department) en Our Lady of the Lake y con los Departamentos de Admisiones (Admissions Department) en todos los otros hospitales. En el **Anexo A** de esta política hay una lista de las direcciones físicas y los números de teléfono.

- D. Si un paciente tiene **posibles recursos de pago** como, entre otros, seguro médico o ingresos por liquidación de terceros, es posible que no sea elegible para recibir ayuda económica.
- E. La ayuda económica no se considera un sustituto de una responsabilidad personal. **Se espera que los pacientes colaboren** con los procedimientos de FMOLHS para recibir la ayuda económica u otras formas de pago, **y contribuyan** con el costo de su atención con base en su capacidad individual de pago. Se animará a las personas a que compren un seguro médico si tienen capacidad económica de hacerlo.
- F. Si un solicitante de la ayuda económica es o puede ser elegible para recibir fondos de programas locales, estatales o federales que cubren algunos o todos los costos de los servicios de atención médica, se espera que el solicitante de la ayuda económica pida dichos programas antes de que se haga una determinación de elegibilidad según esta FAP. En general, la ayuda económica es el **último recurso** de todos los otros recursos económicos disponibles para el paciente, incluyendo seguro; programas del gobierno, como, entre otros, los beneficios de VA, Medicare y Medicaid; la responsabilidad de terceros y los activos personales, incluyendo los activos líquidos existentes. El hospital asistirá a las personas con el proceso de inscripción en los programas del gobierno.
- G. El hospital no rechazará la ayuda económica conforme a esta FAP si el solicitante no presenta información o documentación que el hospital no especifique en esta FAP o en el formulario de solicitud de ayuda económica. El hospital informará a la persona por escrito de la decisión sobre su elegibilidad conforme a esta FAP y los fundamentos de la decisión.
- H. Se protegerá la documentación obtenida de los pacientes sobre la ayuda económica; el acceso a esta documentación se limitará a las personas que sean esenciales al proceso de ayuda económica.
- I. En general, las medidas que puede tomar el hospital en caso de falta de pago se describen en esta FAP. **El hospital hará todos los esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para recibir ayuda conforme a esta FAP antes de tomar cualquier medida de cobro extraordinaria (ECA)**. Después de una determinación de elegibilidad para la ayuda económica, a una persona elegible para esa ayuda no se le cobrará más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que las Cantidades generalmente facturadas (AGB) si tiene un seguro que cubra esa atención.
- J. El cálculo de las **cantidades generalmente facturadas (AGB)** se hará de forma anual para cada hospital de FMOLHS. Cualquier cambio necesario se implementará dentro de los 120 días del cálculo. El hospital limitará las cantidades que cobra por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria ofrecida a las personas elegibles para recibir ayuda económica a las cantidades promedio generalmente facturadas para los pacientes con seguro comercial y de Medicare. Las AGB se determinan multiplicando los cargos brutos de la atención elegible por un porcentaje de las AGB. El porcentaje de las

AGB se basa en todos los reclamos permitidos por Medicare y las compañías de seguro médico privadas durante un período específico de 12 meses, dividido por los cargos brutos asociados a esos reclamos. Puede obtener gratis copias escritas del porcentaje de las AGB que se usa actualmente, llamando al número de teléfono que está en el Apéndice A del centro hospitalario correspondiente.

- K. El **aviso** sobre los programas de ayuda económica de FMOLHS se difundirá a través de varios medios, que pueden incluir, entre otros, la publicación de avisos en las facturas de los pacientes, en las salas de emergencia y áreas de admisión, y en otros lugares públicos que FMOLHS pueda elegir. FMOLHS también publicará y difundirá ampliamente en los sitios web de los centros lo siguiente: esta política de ayuda económica, un resumen en lenguaje sencillo de la política y la solicitud para la ayuda económica. Estos documentos estarán en los idiomas principales que hablan las poblaciones con dominio limitado de inglés y se atienden en cada hospital de FMOLHS. Los pacientes recibirán copias impresas de estos documentos en la sala de emergencia y otras áreas de admisión a pedido y por correo.
- L. La administración y los centros de FMOLHS deberán cumplir todas las otras leyes, reglas y reglamentaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades que se hacen conforme con esta política.

I. PROCESO DE SOLICITUD

- A. Se requiere completar, firmar y enviar la solicitud de ayuda económica, y enviar la documentación requerida que se establece en esta política para determinar si una persona califica para recibir ayuda económica. Las solicitudes están disponibles en todos los Departamentos de Admisión y en el sitio web de cada hospital. Consulte el **Anexo A** para obtener una lista de los sitios web, las direcciones físicas y los números de teléfono de cada centro hospitalario. Las instrucciones para devolver la solicitud completa se detallan en la solicitud de ayuda económica.
- B. La disponibilidad de ayuda económica se le informará a los pacientes en el momento de la admisión o del alta. Los consejeros económicos evaluarán a los pacientes interesados y los ayudarán a completar la solicitud de ayuda económica. Los consejeros económicos están disponibles en el hospital, en el Departamento de Admisiones, para ayudarlo a completar la solicitud o responder cualquier pregunta sobre esta FAP. Siga las señales bien marcadas en los pasillos públicos del hospital para encontrar el Departamento de Admisiones de cada hospital. Puede encontrar las direcciones de los hospitales en el **Anexo A**.
- C. Se requiere que el paciente o el garante del paciente presenten la documentación personal, económica, y cualquier otra documentación pertinente para tomar una determinación de necesidad económica, **dentro de los treinta (30) días** posteriores a la solicitud de la ayuda. El solicitante debe presentar la información requerida para el paciente, el cónyuge,

los familiares que viven juntos y los dependientes declarados en la misma declaración de impuestos. **Las solicitudes que no cumplan estas condiciones se pueden devolver al solicitante o considerarse rechazadas.**

- D. Se supone que una persona sin seguro que no presente la información necesaria para una determinación precisa puede pagar el cargo total de los servicios prestados y se le pedir que pague un depósito equivalente a los cargos brutos multiplicados por el porcentaje de las AGB que correspondan al hospital donde se prestarán o reprogramarán (solo en casos que no sean de emergencia) los servicios. Si la persona sin seguro comenzó pero no completó el proceso de ayuda económica, deberá pagar un **depósito estándar** no reembolsable (consulte el *Anexo C* para los depósitos estándares de cada hospital) o se reprogramará para cuando pueda pagar el depósito o presentar la información para completar la solicitud de ayuda económica (en casos que no sean de emergencia). **NOTA:** Para los servicios prestados en los departamentos para pacientes ambulatorios del hospital, se usará un depósito equivalente al porcentaje de las AGB multiplicado por los cargos brutos en lugar del depósito estándar.
- E. Aunque las solicitudes se pueden rechazar si no se completan dentro de los 30 días, la solicitud se volverá a abrir y a considerar si el paciente se comunica con nosotros y pide una reconsideración dentro de los 240 días posteriores a la facturación después del alta.

II. DETERMINACIÓN SOBRE LA AYUDA ECONÓMICA

- A. La ayuda económica se determinará según procedimientos que implican una **evaluación personal de la necesidad económica** y, dicha evaluación puede:
- Incluir el uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que den información sobre la capacidad de pago de un paciente o del garante de un paciente (como la calificación crediticia).
 - Incluir los esfuerzos razonables de FMOLHS para explorar las fuentes alternativas adecuadas de pago y la cobertura de los programas de pago públicos y privados, y ayudar a los pacientes a pedir esos programas.
 - Tener en cuenta los activos disponibles del paciente, y todos los otros recursos económicos disponibles para el paciente.
- B. **Se requiere la verificación de ingresos** para cualquier solicitud de ayuda económica. Deben presentarse los siguientes documentos:
- Solicitud de ayuda económica completa
 - Identificación con foto o identificación legal
 - Declaración de impuestos más reciente del paciente/garante, los familiares que viven en la casa y los dependientes declarados en la declaración de impuestos del paciente/garante. Si el paciente/garante no tiene la obligación de declarar impuestos federales (por bajos ingresos o nulos), se requiere una declaración del IRS.

- d. Comprobante de ingresos del paciente/garante, los familiares que viven en la casa y los dependientes declarados en la declaración de impuestos del paciente/garante.
 - i. Si trabaja en relación de dependencia: últimos 3 recibos de pago, estados de cuentas bancarias de los últimos 3 meses, últimos W-2 disponibles.
 - ii. Si trabaja de forma independiente: declaración de ingresos mensuales del trabajo independiente o una copia del libro mayor general/resumen de la cuenta de cheques comercial.
 - iii. Si no trabaja: una copia de la información de los beneficios del seguro social por discapacidad, otros ingresos/beneficios del seguro social, pensión 1099R, asistencia pública, compensación del trabajador, fondo fiduciario, desempleo, ayuda militar, manutención de los hijos y pensión alimenticia; cheques de asistencia pública; cheques de jubilación o declaración notariada de ayuda.
- C. Las solicitudes para ayuda económica se procesarán de inmediato, y FMOLHS **informar á al paciente o al solicitante por escrito dentro de los 30 días de recibida la solicitud completa.**
- D. Las reducciones de ayuda económica se aplicarán a la **fecha de servicio en que se inició** la solicitud de ayuda financiera y a las fechas futuras de servicio dentro de los próximos seis meses. NOTA: La verificación del seguro se hará para cada episodio de atención médica para determinar si el paciente continúa sin seguro.
- E. Los pacientes deben **volver a pedir** la ayuda económica después del período de seis meses para el que se aprobó la solicitud original.

III. ELEGIBILIDAD Y CANTIDAD DE LA REDUCCIÓN:

La elegibilidad para reducción se determina según el número de personas en el grupo familiar y el ingreso familiar anual como un porcentaje del nivel federal de pobreza (federal poverty level, FPL). FMOLHS usará las Directrices federales de pobreza que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services) actualiza y publica de forma anual en el *Registro federal*. La información más reciente está disponible en este sitio web: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

- A. Los pacientes sin seguro con ingresos familiares iguales o **inferiores al 275 %** del FPL calificarán para una reducción completa de todos los cargos del hospital, excluyendo los depósitos estándares pagados previamente, suponiendo que cumplan los otros criterios de elegibilidad establecidos en la FAP.
- B. Los pacientes sin seguro con ingresos familiares superiores al 275 % del FPL pueden calificar para recibir la ayuda médica **catastrófica**, según las circunstancias económicas particulares del paciente. Si las facturas médicas del paciente durante los últimos 12 meses previos al tratamiento son mayores o iguales al veinte por ciento (20 %) de su ingreso familiar anual, el paciente puede recibir ayuda económica en forma de descuento.

Este descuento se aplicará de manera tal que la cantidad que adeude el paciente sea igual al 10 % del ingreso familiar anual.

- C. Los pacientes **que tienen un seguro insuficiente** (consulte la sección Definiciones) se tratarán como pacientes **sin seguro** para los fines de la ayuda económica.

IV. AYUDA ECONÓMICA PRESUNTIVA

- A. La elegibilidad presuntiva para recibir ayuda económica ocurre cuando el hospital usa información distinta a la presentada por el paciente para determinar la elegibilidad para recibir atención médica gratis. Las cuentas que cumplan los criterios presuntivos se cancelarán al 100 %.
- B. Un paciente puede ser elegible para recibir ayuda económica incluso si no tiene un formulario de ayuda económica en archivo, donde el paciente u otras fuentes pueden dar evidencia suficiente para la elegibilidad presuntiva. En estos casos, la actividad de cobro (conforme a las medidas descritas en la sección V abajo) continuará mientras se completa la diligencia debida o hasta que se revise la cuenta del paciente. En el **Anexo B** se incluye una lista de la información obtenida de otras fuentes.
- C. También se puede usar un sistema de calificación para determinar si un paciente es elegible para recibir ayuda económica presuntiva. El sistema de calificación es similar a la calificación crediticia y lo produce un proveedor de FMOLHS aprobado. Solo las cuentas que estén por debajo del mínimo del sistema de calificación se considerarán para la ayuda económica presuntiva. Si a un paciente se le rechazó la ayuda económica por incumplimiento o porque se le descubrieron ingresos, no será elegible para una reducción con la ayuda económica presuntiva.

V. MEDIDAS DE COBRO

- A. Si un paciente/garante no paga, el hospital participará en las siguientes **medidas de cobro**: envío de estados de cuenta, llamadas a pacientes por saldos pendientes, transferencia de cuentas a agencias de facturación o cobro para su seguimiento, y presentación de reclamos en procedimientos de quiebra. El hospital también puede participar en **medidas de cobro extraordinarias (ECA)**, que incluyen embargos del salario, embargos, informes a agencias de crédito externas, ejecución hipotecaria, embargo de cuentas bancarias, embargo de la propiedad privada y demandas.
- B. El hospital hará los **esfuerzos razonables** para determinar si una persona es elegible para recibir atención gratis antes de iniciar las ECA. Los esfuerzos razonables incluyen:
- informar a la persona de la FAP (incluyendo los esfuerzos razonables para informar a la persona, en forma oral, de la política y cómo obtener la ayuda);

- b. abstenerse de aplicar cualquier medida de cobro extraordinaria durante un período de al menos 120 días a partir de la fecha en que el centro hospitalario presente el primer estado de cuenta médico después del alta; y
 - c. darle a la persona un aviso por escrito que indique que la ayuda económica está disponible para las personas elegibles e informar a la persona (con al menos 30 días de antelación) del tipo de ECA que el hospital pretende iniciar y el plazo después del cual se puede iniciar esa ECA. Este aviso por escrito también incluirá un resumen de la FAP con lenguaje sencillo.
- C. Las solicitudes de ayuda económica se procesarán **hasta 240 días posteriores a la fecha del primer estado de cuenta después del alta**. El centro hospitalario no tiene la obligación de procesar las solicitudes recibidas después de esa fecha. Una vez recibida la solicitud a tiempo, cualquier ECA ya iniciada se suspenderá de forma temporal mientras se procesa la solicitud.
- D. Si una persona presenta una solicitud incompleta durante el período de 240 días que comienza después del primer estado de cuenta después del alta, se deben hacer esfuerzos además de los mencionados arriba antes de iniciar o reanudar las ECA. El hospital informará a la persona de cómo completar la solicitud, incluyendo un aviso por escrito que describa la información adicional requerida o la documentación que se debe presentar. El aviso por escrito también contendrá información de contacto sobre cómo obtener más información en el proceso de la FAP y cómo obtener ayuda con el proceso de la solicitud. El centro hospitalario le dará a la persona una oportunidad razonable para que presente la información que falta antes de iniciar o reanudar las ECA.
- E. Una vez enviada la solicitud completa, el hospital la procesará de forma oportuna e informará a la persona por escrito si califica y el fundamento de esa determinación. El hospital hará todos los esfuerzos razonables para revertir cualquier ECA tomada contra la persona sobre las cantidades que ya no adeuda.
- F. FMOLHS no impondrá una ECA a ningún paciente sin antes hacer los esfuerzos razonables para determinar si ese paciente es elegible para recibir ayuda económica según esta política de ayuda económica. El gerente del Departamento de Admisiones de cada hospital tiene la decisión final y es responsable de determinar que se hicieron los esfuerzos razonables para permitir las ECA.

VI. DEFINICIONES:

Para el propósito de esta política, los términos de abajo se definen de la siguiente manera:

Asignación contractual: diferencia entre el nivel de pago establecido en un acuerdo contractual con un tercero pagador y los cargos brutos del paciente.

Medidas de cobro extraordinarias (ECA): medidas que se aplican cuando el centro hospitalario impacta en los informes crediticios o inicia procesos legales como embargos, ejecuciones hipotecarias, embargos de cuentas bancarias o de la propiedad privada, embargo del salario o arresto. Las ECA no incluyen: llamadas a pacientes por saldos pendientes, envíos de estados de cuenta o presentación de reclamos en un procedimiento de quiebra.

Atención de emergencia: intervención médica inmediata que el paciente requiere debido a una condición grave, potencialmente mortal o discapacitante. En general, se atiende o admite al paciente a través de la sala de emergencia. Consulte la sección 1867 de la Ley de Seguridad Social (42 U.S.C. 1395dd).

Ayuda económica: servicios médicos prestados sin cargo (o con un cargo reducido en caso de ayuda económica catastrófica) a pacientes sin seguro o que tienen un seguro insuficiente y no pueden pagar según el nivel de ingresos (conforme a las Directrices federales de pobreza del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.), el análisis económico, los indicadores demográficos u otras necesidades de atención médica basadas en el diagnóstico. La ayuda económica no incluye: asignaciones contractuales de los programas del gobierno y asignaciones contractuales del seguro.

Familia: usando la definición de la Oficina del Censo grupo de dos o más personas que viven juntas y que están emparentadas por nacimiento, matrimonio o adopción.

Ingresos familiares: usando las directrices de la Oficina del Censo, lo siguiente se usa para calcular los ingresos familiares:

- Ganancias, compensación por desempleo, compensación de los trabajadores, seguro social, seguro de ingreso suplementario, asistencia pública, pagos de veteranos, beneficios por sobreviviente, ingresos por pensión o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos por patrimonio, fondos fiduciarios, ayuda educativa, pensión alimenticia, manutención de los hijos, ayuda por fuera del grupo familiar y otras fuentes diversas.
- Determinación antes de impuestos.
- Se incluyen los ingresos de todos los familiares que viven juntos y los dependientes declarados en la declaración fiscal de impuestos. (Los que no son familiares, como los compañeros de casa, no cuentan).
- Para los dependientes que viven fuera de la casa, los ingresos familiares incluirán el ingreso de los dependientes, junto con el ingreso de quienes reclamen al dependiente en su declaración de impuestos.
- Los ingresos familiares también incluyen la propiedad o los recursos que se pueden convertir fácilmente en efectivo, incluyendo, entre otros las cuentas corrientes, las cuentas de ahorro, las acciones, los bonos, los certificados de depósitos y el efectivo. Las cuentas IRA y 401K están excluidas hasta que se retire el dinero.

Directrices federales de pobreza: simplificación de los umbrales de pobreza de la Oficina del Censo usados con fines administrativos, como para determinar la elegibilidad económica. Cada año el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) publica las directrices en el Registro federal.

Cargos brutos: cargos totales con las tarifas completas establecidas por el hospital por la prestación de servicios de atención al paciente antes de que se apliquen las deducciones.

Atención médicamente necesaria: tratamiento médico que es apropiado y necesario para el tratamiento de los síntomas presentados, según lo definido por Medicare y terceros pagadores.

Ayuda económica presuntiva: ayuda que se otorga con base en un sistema de calificación u otras fuentes de datos que den evidencia suficiente de elegibilidad. No se requiere un formulario de ayuda económica en archivo para la aprobación de la ayuda económica presuntiva.

Paciente sin seguro: persona que recibe servicios de atención médica que no tiene un seguro médico y no calificará para ningún programa estatal/federal.

Paciente que tiene un seguro insuficiente: persona que recibe servicios de atención médica que tiene un seguro médico privado, pero su cobertura no cubre la atención específica. Generalmente, los pacientes con seguro comercial no son elegibles para las reducciones de ayuda económica debido a los requisitos legales y del plan médico relacionados con la facturación a los pacientes por la parte de costo compartido total de los servicios prestados. Sin embargo, si la cobertura de terceros no da beneficios para los servicios del hospital debido a las exclusiones del plan médico, las condiciones preexistentes, el período de espera previo a la elegibilidad o el agotamiento de los beneficios, el paciente puede ser considerado sin seguro y ser elegible para un ajuste de ayuda económica para los servicios no cubiertos. Esto no se aplica cuando la cobertura de terceros no ofrece cobertura en un centro de FMOLHS para los servicios que de otro modo estarían autorizados en la red de proveedores del pagador.

ADJUNTOS: Anexo A: Lista de los sitios web y números de contacto de los hospitales

Anexo B: Ayuda económica presuntiva

Anexo C: Depósitos estándares

ANEXO A. Lista de los sitios web, las direcciones físicas y los números de contacto de los hospitales

Hospital	Sitio web	Lugar del Departamento de Admisión	Número de teléfono
Our Lady of the Lake	www.ololrmc.com/financiaministrance	5000 Hennessy Blvd Baton Rouge, LA 70808	(225)765-7921 (800)327-3284
Our Lady of Lourdes	www.lourdesrmc.com/financiaministrance	4801 Ambassador Caffery Lafayette, LA 70508	(337)470-2000
St. Dominic's	www.stdom.com/financiaministrance	969 Lakeland Drive Jackson, MS 39216	(601)200-2000
St. Francis Medical Center	www.stfran.com/financiaministrance	309 Jackson Street Monroe, LA 71201	(318)966-4000
Our Lady of the Angels Hospital	www.oloah.org/financiaministrance	433 Plaza Street Bogalusa, LA 70427	(985)730-6700
Assumption Community Hospital	www.ololrmc.com/financiaministrance	135 Highway 402 Napoleonville, LA 70390	(985)369-3600

NOTA: No use la dirección de arriba para enviar solicitudes de ayuda económica. En el formulario de solicitud encontrar á la dirección correcta.

ANEXO B. Ayuda económica presuntiva

Se puede usar la información obtenida de fuentes diferentes a las del paciente para determinar la elegibilidad presuntiva. Esa información incluye evidencia de que el paciente está participando en uno o más de los siguientes programas:

1. Programas de prescripción financiados por el estado.
2. LACHIP, vivienda subsidiada, almuerzos escolares gratis o reducidos, etc. para los hijos del paciente/garante.
3. Programa de cupones para alimentos de Louisiana o Mississippi.
4. Programa estatal de Medicaid. Para los pacientes que tienen cobertura de Medicaid, la determinación de ayuda económica se basará en la información del programa de Medicaid, incluyendo la evidencia de que:
 - El paciente está actualmente en Medicaid, pero tiene un saldo anterior dentro de los 12 meses posteriores a la fecha de aprobación.
 - El paciente tiene actualmente Medicaid con beneficios limitados (solo cubre planificación familiar).
 - El paciente está en un hospicio y solo tiene Medicaid.
 - El paciente tiene Medicaid a través de un estado no contratado.
 - El paciente califica para Medicaid con un “requisito de gastar el exceso de ingresos”.
 - El paciente es elegible para otros programas de ayuda estatales o locales que no tienen fondos (p. ej., gastar el exceso de ingresos de Medicaid).
 - El paciente falleció sin una parte responsable o un patrimonio conocido. Los esfuerzos de diligencia debida para verificar los activos patrimoniales deben documentarse a través del sitio web aprobado por el hospital.

Además, se puede suponer que un paciente es elegible para recibir ayuda económica si hay una certificación independiente y calificada de que el paciente no tiene casa.

ANEXO C. Depósitos estándares

Hospital	Depósito estándar para procedimiento quirúrgico	Depósito estándar para radiología	Depósito estándar para todos los otros servicios
Our Lady of the Lake	\$200	\$10	\$10
Our Lady of Lourdes	\$200	\$25	\$25
St. Dominic's	\$200	\$25	\$25
St. Francis Medical Center	\$200	\$25	\$25
Our Lady of the Angels Hospital	\$200	\$25	\$25
Assumption Community Hospital	n/c	\$10	\$10