

Política de servicios de pago privado

Política

Los servicios de pago privado incluyen a los individuos que no tengan seguro o que deban un saldo luego de que el seguro haya pagado su parte.

Las compañías de seguro pueden determinar si un servicio no es médicamente necesario, y, por lo tanto, ese servicio no será cubierto por el seguro. En esos casos, el saldo será responsabilidad del paciente. Pueden solicitarse pagos previos antes de la prestación de los servicios. Los servicios que se basen en una necesidad médica no son elegibles para la ayuda financiera del hospital.

Existen varios tipos de descuentos y de ayuda para este tipo de pacientes, que se enumeran a continuación:

1. Descuento de pago privado (15% si paga 30 días luego de la factura inicial)
2. Pagos mensuales, si todas las otras opciones ya fueron descartadas. (Consulte las pautas de pago)
3. Política de descuento con pago adelantado para obstetricia y neonatología (15% si se paga dentro de los 90 días desde la factura inicial)
4. Programa de ayuda financiera (FAP) (Consulte Pautas de ayuda financiera)

Descuento de pago privado

El Hospital del Distrito de Lake ofrece un programa de descuento de pago privado del 15% para los pacientes que no cuenten con un seguro de salud. Se ofrece un descuento del 15% en todos los saldos del paciente cuando se paga en su totalidad dentro de los treinta días desde que se envía la primera factura.

Pago de cuentas en línea

El Hospital del Distrito de Lake ofrece la oportunidad de pagar a través de nuestro sitio web de forma segura. Los pagos se hacen efectivos dentro de las 48 horas.

Pautas de pago mensual

El Hospital del Distrito de Lake aceptará los pagos extendidos de aquellas cuentas que tengan saldos en las cuentas de paciente. La cantidad mínima de pago mensual se basa en las pautas establecidas adoptadas por el Consejo de administración.

Para participar en el programa de Transferencia electrónica de fondos (EFT) del Distrito de Salud de Lake, el garante debe contar con una cuenta bancaria válida, entregar un cheque cancelado y firmar tanto las pautas del plan de pago mediante EFT como el Formulario de autorización de EFT, que entregará el representante de Servicios para el paciente. Tenga en cuenta que toda la información que nos brinde será privada y confidencial.

La EFT mensual puede realizarse los días 5, 15 y 25 de cada mes. En la fecha de pago asignada, se debitará el dinero automáticamente de la cuenta bancaria designada. Si el día de pago es un día de fin de semana o un feriado bancario, la transferencia se realizará durante el siguiente día laboral.

Se permitirá un máximo de una falta de pago por año calendario. Esto estará sujeto a un interés por fondos insuficientes de \$35. Si se producen dos faltas de pago en un año calendario, la cuenta podrá ser removida del plan de pago mensual por EFT o podrá ser transferida a una oficina de cobro. (Consulte el Formulario de EFT, Apéndice A)

El Hospital del Distrito de Lake aceptará pagos mensuales cuando todas las demás opciones hayan sido descartadas. La cantidad mínima de pago se basa en las pautas que se detallan a continuación. Cada visita se establecerá en una cuenta de plan de pago mensual diferente, y se calcularán pagos mensuales mínimos en cada cuenta.

SALDO DE CUENTA

PAGOS MENSUALES MÍNIMOS/MESES PARA CANCELACIÓN DE DEUDA

Hasta \$50,00	Pago completo
\$51 a \$2000	12 meses
\$2001-\$6000	24 meses
\$6001-\$15.000	48 meses
\$15.000 y más	60 meses

Se solicitará un pago inicial del 10% del saldo para cumplir con las pautas de pago mensual

*TENGA EN CUENTA LO SIGUIENTE: Como el Hospital del Distrito de Lake se mantiene con dinero de los contribuyentes, el Consejo de administración estableció una política de pautas de pago mínimo para mantenerse imparcial. El representante de Servicios para el paciente NO tiene autoridad para modificar el esquema de pagos mínimos establecido. Si su pago mínimo causa problemas financieros

a usted o a su familia, le recomendamos que complete una solicitud de ayuda financiera. Puede conseguir la solicitud en línea o en la oficina de administración.

Política de descuento por pago adelantado de obstetricia/neonatología

El Hospital del Distrito de Lake ofrece un programa de descuento para mujeres embarazadas que se inscriban con antelación para el parto y las visitas neonatales. Se recomienda realizar un pago previo del 50% del saldo estimado del paciente. Se aplicará un descuento del 15% en el saldo del paciente si este se paga dentro de los 90 días desde la factura inicial. Para los pacientes que tengan cobertura de salud, el descuento del 15% se aplicará luego de que la aseguradora pague su parte.

Pautas de ayuda financiera

Llenado de la solicitud

- a.) Se puede imprimir la solicitud para ayuda financiera desde el sitio web del Hospital del Distrito de Lake, o la puede retirar en la oficina de administración. Puede pedir las solicitudes por correo.
- b.) La solicitud completa debe presentarse dentro de los 120 días desde la primera factura. Se devolverán las solicitudes incompletas con un pedido de información adicional. Para continuar con el proceso de solicitud, la información adicional se debe recibir dentro de los 14 días. Si no se recibe una solicitud completa dentro de los 120 días desde la primera factura, la ayuda financiera será denegada y continuará el proceso normal de cobro.
- c.) El Hospital del Distrito de Lake llegará a una determinación sobre cada solicitud dentro de los 30 días desde la recepción de la solicitud completa. Las cartas de la determinación se enviarán por correo.
- d.) Toda información relacionada con la solicitud para ayuda financiera será confidencial.

Criterios de elegibilidad

- a.) Requisito de nivel de ingresos
La elegibilidad del paciente para la ayuda financiera se determina al medir el ingreso familiar de todas las fuentes (es decir, regalos, asignaciones para la vivienda, venta de bienes, etc.) en comparación con las pautas del índice de pobreza establecido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Para determinar los descuentos de ayuda financiera, se usarán tarifas móviles cuando el ingreso familiar bruto sea igual o menor al 200% del índice de pobreza federal. Los pacientes serán los responsables de pagar los saldos según esta determinación.
- b.) Determinación
 - I. Entre lo que se toma en consideración para dar la asistencia se incluye un revisión del ingreso anual de las partes responsables basada en las declaraciones de impuestos del año anterior y en otras pruebas de ingreso verificables (recibos de sueldo, extractos bancarios...). Las pautas federales también toman en consideración la cantidad de personas que vivan en el hogar.
 - II. La situación laboral debe tener en consideración la probabilidad de ganancias suficientes en el futuro para cubrir las obligaciones relacionadas con la atención médica dentro de un periodo razonable de tiempo. Se pueden tener en consideración otras obligaciones financieras.
 - III. Si un paciente necesita tratamiento adicional y no tiene la capacidad de pagarlo, debe solicitar una revisión adicional de su solicitud de ayuda financiera. La determinación puede tener validez durante 6 meses después de la fecha en la que fue tomada.
 - IV. Si se solicita, el Distrito puede exigir a los pacientes que presenten pruebas verificables de que primero solicitaron asistencia a una agencia estatal y les fue denegada (como ser, State Health Plan, SSI o SSD).
 - V. Cualquier cuenta con determinación de elegibilidad pendiente por parte de otra fuente pagadora no se tendrá en cuenta hasta que se llegue a dicha determinación.
 - VI. La determinación de ayuda se basa en la situación financiera actual del solicitante.
 - VII. Las solicitudes para el programa de ayuda financiera no están restringidas por raza, credo, sexo, origen nacional, edad, discapacidad ni orientación sexual.
 - VIII. Los servicios que no se basen en una necesidad médica no son elegibles para la ayuda financiera
 - IX. Puede encontrar las políticas de cobro de deuda en nuestro sitio web en el documento "Política de servicios de pagos privados".

- X. Esta solicitud de ayuda financiera se puede encontrar en www.lakehealthdistrict.org y en el sitio web del Hospital del Distrito de Lake.

La solicitud para el FAP y las pautas están disponibles en español.

Consulte la Solicitud de ayuda financiera (Apéndice B)



Hospital del Distrito de Lake
700 South J Street
Lakeview, OR 97630
541-947-2114

Apéndice A
Pautas para la EFT

El Hospital del Distrito de Lake aceptará los pagos extendidos de las cuentas que tengan saldos luego de que el seguro haya pagado su parte, o de individuos que no tengan seguros. El saldo restante luego de que haya pagado el seguro será responsabilidad del paciente. La cantidad mínima de pago mensual se basa en las pautas establecidas adoptadas por el Consejo de administración.

Para participar en el programa de Transferencia electrónica de fondos (EFT) del Distrito de Salud de Lake, el garante debe contar con una cuenta bancaria válida, entregar un cheque cancelado y firmar tanto las pautas del plan de pago mediante EFT como el formulario de autorización de EFT, que entregará el representante de Servicios para el paciente. Tenga en cuenta que toda la información que nos brinde será privada y confidencial.

La EFT mensual puede realizarse los días 5, 15 y 25 de cada mes. En la fecha de pago asignada, se debitará el dinero automáticamente de la cuenta bancaria designada. Si el día de pago es un día de fin de semana o un feriado bancario, la transferencia se realizará durante el siguiente día laboral.

Se permitirá un máximo de una falta de pago por año calendario. Esto estará sujeto a un interés por fondos insuficientes de \$35. Si se producen dos faltas de pago en un año calendario, la cuenta podrá ser removida del plan de pago mensual por EFT o podrá ser transferida a una oficina de cobro.

He leído y entiendo las cláusulas de este documento.

(Firma del titular de la cuenta)

(Fecha)

(Nombre en mayúsculas del titular de la cuenta)

(Número de cuenta)



Hospital del Distrito de Lake
700 South J Street
Lakeview, OR 97630
541-947-2114

Apéndice A (Continuación)

Autorización para la transferencia electrónica de fondos

Por la presente, autorizo (autorizamos) al Hospital del Distrito de Lake, de aquí en adelante denominado Hospital del Distrito de Lake, a solicitar transferencias de dinero desde mi (nuestra) cuenta, detallada a continuación, y a la institución financiera detallada a continuación, a debitar dicho dinero de dicha cuenta para el pago de mi (nuestro) plan de pago mensual. Reconozco (reconocemos) que el origen de las transacciones de ACH de mi (nuestra) cuenta deben cumplir con las disposiciones de la ley estadounidense.

(Nombre de la institución financiera) (Sucursal)

(Domicilio) (Ciudad/Estado) (Código postal)

(Número de encaminamiento) (Número de cuenta)

Tipo de cuenta: ___ Cuenta corriente ___ Cuenta de ahorros

(Cantidad \$) Marcar con un círculo la fecha del retiro mensual: 5 15 25

Esta autorización permanecerá vigente y con efecto hasta que el Hospital del Distrito de Lake haya recibido una notificación por escrita mía (nuestra) para su finalización en tal momento y de tal forma que el Hospital del Distrito de Lake y mi (nuestra) institución financiera tengan una oportunidad razonable para actuar debidamente O hasta que no exista saldo pendiente con el Hospital del Distrito de Lake, lo que ocurra primero.

(Nombre en mayúsculas del titular de la cuenta) (Firma del titular de la cuenta)

(Número de cuenta) (Fecha)

ADJUNTE UNA COPIA DEL CHEQUE CANCELADO A ESTE FORMULARIO



Apéndice B

Hospital del Distrito de Lake

700 South J Street, Lakeview, OR 97630
(541)947-2114 ext 367

PAUTAS DE AYUDA FINANCIERA

Llenado de la solicitud

1. Se puede imprimir la solicitud para ayuda financiera desde el sitio web del Hospital del Distrito de Lake, o la puede retirar en la oficina de administración. Puede pedir las solicitudes por correo.
2. La solicitud completa debe presentarse dentro de los 120 días desde la primera factura. Se devolverán las solicitudes incompletas con un pedido de información adicional. Para continuar con el proceso de solicitud, la información adicional se debe recibir dentro de los 14 días. Si no se recibe una solicitud completa dentro de los 120 días desde la primera factura, la ayuda financiera será denegada, y continuará el proceso normal de cobro.
3. El Hospital del Distrito de Lake llegará a una determinación sobre la solicitud dentro de los 21 días desde la recepción de la solicitud completa. Las cartas de la determinación se enviarán por correo.
4. Toda información relacionada con la solicitud para ayuda financiera será confidencial.

Criterios de elegibilidad

Requisito de nivel de ingresos

La elegibilidad del paciente para la ayuda financiera se determina al medir el ingreso familiar de todas las fuentes (es decir, regalos, asignaciones para la vivienda, venta de bienes, etc.) en comparación con las pautas del índice de pobreza establecido por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Para determinar los descuentos de ayuda financiera, se usarán tarifas móviles cuando el ingreso familiar bruto sea igual o menor al 150% del índice de pobreza federal. Los pacientes serán los responsables de pagar los saldos según esta determinación.

Determinación

1. Entre lo que se toma en consideración para dar la asistencia se incluye un revisión del ingreso anual de las partes responsables basado en las declaraciones tributarias del año anterior y otras pruebas de ingreso verificables (recibos de sueldo, extractos bancarios, etcétera). Las pautas federales también toman en consideración la cantidad de personas que vivan en el hogar.
2. La situación laboral debe tener en consideración la probabilidad de ganancias suficientes en el futuro para cubrir las obligaciones relacionadas con la atención médica dentro de un periodo razonable de tiempo. Se pueden tener en consideración otras obligaciones financieras.
3. Si un paciente necesita tratamiento adicional y no tiene la capacidad de pagarlo, debe solicitar una revisión adicional de su solicitud de ayuda financiera. La determinación puede tener validez durante 6 meses después de la fecha en la que fue tomada.
4. Si se solicita, el distrito puede exigir a los pacientes que presenten pruebas verificables de que primero solicitaron asistencia a una agencia estatal y les fue denegada (como ser, State Health Plan, SSI o SSD).
5. Cualquier cuenta con determinación de elegibilidad pendiente por parte de otra fuente pagadora no se tendrá en cuenta hasta que se llegue a dicha determinación.
6. La determinación de ayuda se basa en la situación financiera actual del solicitante.

7. Las solicitudes para el programa de ayuda financiera no están restringidas por raza, credo, sexo, origen nacional, edad, discapacidad ni orientación sexual.
8. Los servicios que no se basen en una necesidad médica no son elegibles para la ayuda financiera.
9. Puede encontrar las políticas de cobro de deuda en nuestro sitio web en el documento “Política de servicios de pagos privados”.

Esta solicitud de ayuda financiera se puede encontrar en www.lakehealthdistrict.org y en el sitio web del Hospital del Distrito de Lake.

Firma del garante

Fecha



Hospital del Distrito de Lake

700 South J Street, Lakeview, OR 97630
(541)947-2114 ext 396

Información del garante

Nombre del garante: Apellido, nombre, inicial del segundo nombre					Número de seguro social		
Fecha de nacimiento		Número de cuenta		Empleador: Nombre, dirección, teléfono			
Dirección			Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono	
Dirección postal (si es diferente a la anterior)			Ciudad	Estado	Código postal	Estado civil <input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a	

Información del hogar: Indique TODAS las personas que viven en su hogar, incluso el solicitante

Indique toda las personas que viven en su hogar (incluso usted). El ingreso incluye sueldos en bruto, salario, propinas, ingreso independientes, manutención infantil, manutención conyugal, ingreso por alquileres, compensación por desempleo, beneficios de la Seguridad Social, asistencia pública o del gobierno, etc. (el ingreso también incluye el alquiler o los gastos de vivienda a cambio de servicios prestados).

Miembros del hogar	Fecha de nacimiento	Relación	Fuente de ingreso o empleador	Ingreso bruto anual
1.				\$
2.				\$
3.				\$
4.				\$
5.				\$
6.				\$

Ingreso federal	100%	125%	150%	175%	200%	250%	275%	300%	325%	350%	375%	400%
Nivel de pobreza 2015												
% de descuento	100%	100%	100%	90%	80%	70%	60%	50%	40%	30%	20%	10%
1	11.880	14.850	17.820	20.790	23.760	29.700	32.670	35.640	38.610	41.580	44.550	47.520
2	16.020	20.025	24.030	28.035	32.040	40.050	44.055	48.060	52.065	56.070	60.075	64.080
3	20.160	25.200	30.240	35.280	40.320	50.400	55.440	60.480	65.520	70.560	75.600	80.640
4	24.300	30.375	36.450	42.525	48.600	60.750	66.825	72.900	78.975	85.050	91.125	97.200
5	28.440	35.550	42.660	49.770	56.880	71.100	78.210	85.320	92.430	99.540	106.650	113.760
6	32.580	40.725	48.870	57.015	65.160	81.450	89.595	97.740	105.885	114.030	122.175	130.320
7	36.730	45.913	55.095	64.278	73.460	91.825	101.008	110.190	119.373	128.555	137.738	146.920
8	40.890	51.113	61.335	71.558	81.780	102.225	112.448	122.670	132.893	143.115	153.338	163.560

Acepto pagar \$_____ por mes, correspondientes a las facturas médicas en las que se incurrió en el Hospital del Distrito de Lake. Sin embargo, entiendo que el pago requerido será determinado por el Hospital del Distrito de Lake.

Certifico que la información que antecede es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo que la información que presento está sujeta a verificación y, mediante la presente, autorizo a cualquier persona contactada por el Hospital del Distrito de Lake a revelar la verificación solicitada al hospital.

Firma del garante

Fecha