

Política:	Política de Asistencia Financiera	
Entidad:	Virginia Beach Ambulatory Surgery Center, LLC	Fecha original:
Departamento:	Administración	Fecha de entrada en vigor de revisión/actualización: 20 de octubre de 2017
Categoría:	Cumplimiento	Adoptada el 20 de octubre de 2017 por: Junta Administrativa de Virginia Beach Ambulatory Surgery Center, LLC
Ubicación(es):	Ver a continuación	Propietario:
Fechas anteriores de revisión/actualización:		

Propósito:

Esta Política de Asistencia Financiera (la "Política") establece los lineamientos que debe seguir Virginia Beach Ambulatory Surgery Center, LLC al: (1) determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera de aquellos pacientes que reciban servicios médicamente necesarios; (2) calcular los montos cargados a un paciente elegible para recibir asistencia financiera; y (3) facilitar el proceso de solicitud del paciente para recibir asistencia financiera. Además, esta Política describe las prácticas de facturación y cobranzas de Virginia Beach Ambulatory Surgery Center, LLC por los servicios de atención médica proporcionados en sus instalaciones a los pacientes no asegurados, incluidos los esfuerzos que Virginia Beach Ambulatory Surgery Center, LLC realizará para determinar la elegibilidad de un paciente no asegurado para recibir asistencia financiera antes de emprender acciones de recaudación extraordinarias en caso de impago.

Definiciones:

Montos Generalmente Facturados o AGB: montos generalmente facturados por la Institución por servicios médicamente necesarios a personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, determinados de conformidad con los Reglamentos del Tesoro, Sección 1.501(r)-5(b).

Período de Solicitud: período de tiempo que comienza al principio de la atención ininterrumpida de un paciente durante 240 días después de entregar el primer estado de cuenta posterior al alta del paciente.

Servicios Cubiertos: servicios médicamente necesarios proporcionados por la Institución.

Servicios de Emergencia: atención o tratamiento proporcionado por la Institución para una "condición médica de emergencia", tal como se define dicho término en la EMTALA.

EMTALA: Ley de Trabajo Activo y Tratamiento Médico de Emergencia (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) (42 U.S.C. § 1395dd; 42 C.F.R. § 489.24).

Acciones de Recaudación Extraordinarias o ECA: acciones de recaudación extraordinarias tal como se define en los Reglamentos del Tesoro, Sección 1.501(r)-6(b).

Pautas Federales de Pobreza: pautas federales de pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU. Visite <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm> para conocer las pautas actuales.

Asistencia Financiera: una reducción en el monto de los Cargos Brutos de la Institución para aquellos pacientes que son elegibles para ayuda financiera según esta Política.

Cargos Brutos: el precio total establecido de una Institución por los servicios de atención médica que la Institución le cobra de forma consistente y uniforme a los pacientes antes de aplicar cualquier subsidio, descuento o deducción contractual.

Institución: una institución quirúrgica para pacientes ambulatorios que requiere la licencia hospitalaria según el Título 32.1, Capítulo 5 del Código de Virginia.

Ingreso Familiar: el ingreso bruto anual de un paciente y todos los miembros de su grupo familiar que se declara en la misma declaración de impuesto federal.

Pacientes Asegurados: individuos que poseen algún seguro médico, gubernamental, comercial, de atención administrada o privado.

Servicios Médicamente Necesarios: servicios necesarios y razonables requeridos para el diagnóstico o tratamiento de una enfermedad o lesión que se realizan de acuerdo con estándares de atención reconocidos en el momento del servicio y que no son principalmente para la conveniencia del paciente o del médico u otro proveedor de atención médica del paciente.

Reclamos de Responsabilidad Civil de Terceros: cualquier reclamo que un paciente pueda tener en contra de otro individuo, aseguradora o entidad responsable de cubrir el costo de los servicios médicos del paciente.

Pacientes no Asegurados: individuos que no tienen seguro médico gubernamental, comercial, de atención administrada o privado, o aquellos cuyos beneficios de seguro se han agotado.

Servicios Cubiertos:

La Institución no emplea sus propios médicos. Cada médico factura por separado sus servicios y sigue sus propios procedimientos de facturación y cobranzas. **No hay proveedores, aparte de la propia Institución, que brinden Servicios Médicamente Necesarios en la Institución que estén cubiertos por esta Política. Esta declaración se aplica a todos los servicios quirúrgicos proporcionados en la Institución.**

SOLO LOS SERVICIOS CUBIERTOS PROPORCIONADOS EN LA INSTITUCIÓN POR LA MISMA INSTITUCIÓN SE CONSIDERAN ATENCIÓN ELEGIBLE PARA EL PACIENTE SEGÚN ESTA POLÍTICA. La Institución no tiene la autoridad para ofrecer Asistencia Financiera con respecto a los cargos de médicos u otros profesionales de la salud que no sean empleados por la Institución.

La Institución tiene licencia como hospital quirúrgico para pacientes ambulatorios según el Título 32.1 Capítulo 5 del Código de Virginia y no brinda Servicios de Emergencia.

Descalificación de Asistencia Financiera:

La asistencia financiera no está disponible para pacientes asegurados.

La asistencia financiera no está disponible para aquellos pacientes que no cumplan de manera razonable con los requisitos aplicables de pagador, que incluyen, entre otros, la obtención de autorizaciones, remisiones u otros requisitos para la adjudicación de reclamos.

La asistencia financiera no está disponible cuando un Reclamo de Responsabilidad Civil de Terceros relacionado está disponible para el paciente. Las excepciones se determinan caso por caso, en función de los hechos y circunstancias particulares.

Se negará la asistencia financiera si un paciente o parte responsable/afiador del paciente suministra información falsa relacionada con su ingreso, tamaño de grupo familiar, activos, pasivos, gastos u otros recursos disponibles que pudieran representar medios financieros para pagar por los servicios cubiertos.

Criterios de Elegibilidad y Determinación del Monto de Asistencia Financiera:

Los pacientes no asegurados son elegibles para solicitar la asistencia financiera para servicios cubiertos según esta política en cualquier momento durante el período de solicitud. El ingreso familiar de cada paciente se evalúa en virtud de los hechos y circunstancias relevantes, tales como ingresos declarados, activos, pasivos, gastos u otros recursos disponibles para el paciente o la parte responsable del paciente, al determinar el nivel de asistencia financiera para el que califica un solicitante según esta Política.

Tomando en cuenta todos estos factores adicionales, se utilizan los siguientes criterios de ingreso familiar para determinar qué monto, si lo hay, del saldo pendiente de la cuenta del paciente relacionado con los Servicios Cubiertos para pacientes se cancelará como asistencia financiera:

- Los pacientes no asegurados con un ingreso familiar igual o menor al 200% de las Pautas Federales de Pobreza vigentes para ese momento son elegibles para una amortización del 100% de los cargos brutos de la Institución relacionados con los servicios cubiertos según esta Política.
- Los pacientes no asegurados con un ingreso familiar **superior** al 200% de las Pautas Federales de Pobreza vigentes para ese momento no son elegibles para recibir asistencia financiera según esta Política. Sin embargo, ellos deben comunicarse con la Institución de la forma descrita en esta Política para determinar si pueden calificar para descuentos ofrecidos fuera de esta Política.

Se les puede pedir a los solicitantes de asistencia financiera según esta Política que presenten cualquiera de los siguientes documentos para verificar el ingreso familiar durante el período de solicitud: los tres comprobantes de pago más recientes al momento de la solicitud; la declaración anual más reciente de impuestos federales o W-2 al momento de la solicitud; verificación del empleador; documentos de asistencia gubernamental; cartas de determinación de seguro social, compensación laboral o compensación por desempleo; estados de cuenta bancarios; o cualquier otro documento que constituya un comprobante del ingreso familiar. La Institución también puede utilizar los ingresos, activos, pasivos, gastos y otros datos de recursos de investigaciones de crédito de terceros y fuentes de datos disponibles públicamente como evidencia para determinar y validar la el Ingreso Familiar de un solicitante para la elegibilidad para recibir asistencia financiera según esta Política.

No se presume que las determinaciones de elegibilidad previas de un paciente con relación a la asistencia financiera se apliquen a los nuevos episodios de atención para ese paciente. Se debe completar una nueva solicitud de asistencia financiera.

De conformidad con esta Política, una vez que se determina que un paciente es elegible para recibir asistencia financiera, no se le cobrará por ningún AGB por servicios cubiertos según esta Política y, por ende, los cálculos de AGB no son aplicables.

Métodos para Solicitar u Obtener Asistencia Financiera:

La solicitud de asistencia financiera está disponible en el área de registro de pacientes de la Institución y también se puede descargar de Internet de forma gratuita en www.vbasc.com. La solicitud de asistencia financiera también se puede enviar sin cargo a los pacientes que lo soliciten llamando al 757-496-6400 o enviando una solicitud por escrito a la siguiente dirección:

Virginia Beach Ambulatory Surgery Center, LLC
ATTN: Billing Office
1700 Will O Wisp Drive
Virginia Beach, Virginia 23456
Teléfono: 757-496-6400

Las solicitudes de asistencia financiera completadas, junto con el comprobante del ingreso familiar, deben enviarse por correo a la dirección establecida en esta Política. Alternativamente, un paciente puede devolver una solicitud completada, junto con el comprobante del ingreso familiar, al área de registro de pacientes de la Institución.

Los pacientes que necesiten información adicional sobre esta Política, o que necesiten ayuda con el proceso de solicitud de asistencia financiera, pueden llamar o acudir a la dirección anterior, de lunes a viernes, en horario de oficina, para hablar con la Oficina de Facturación.

Duración de la Elegibilidad:

Las determinaciones de elegibilidad según esta Política están vigentes para los servicios cubiertos proporcionados hasta 240 días antes de la fecha de aprobación final de la solicitud de asistencia financiera, y no se aplican a las fechas de servicio posteriores a esta fecha de aprobación final de la asistencia financiera.

Medidas Adoptadas en Caso de Impago (Cobranzas):

Se realizan esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente para la asistencia financiera en virtud de esta Política con respecto a los servicios cubiertos antes de iniciar los esfuerzos de cobranza con respecto a dicho paciente. Tales esfuerzos incluyen notificar a un paciente acerca de esta Política, ayudar a un paciente a remediar una solicitud de asistencia financiera incompleta e informar a un solicitante de asistencia financiera con respecto a su determinación de elegibilidad una vez que se haya recibido la solicitud completa.

Si, después de realizar esfuerzos razonables, se determina que un paciente no califica para recibir asistencia financiera según esta Política o no responde a los esfuerzos de la Institución para obtener la información necesaria para determinar la elegibilidad para la asistencia financiera, la cuenta del paciente puede transferirse a una deuda incobrable y la cuenta morosa se puede transferir a una agencia de cobranza externa. Las ECA pueden ser tomadas por la Institución una vez que una cuenta ha sido entregada a la agencia de cobranza. Las ECA pueden incluir el informe de la cuenta morosa a una o más agencias de informes crediticios (*credit bureaux*) así como diferir o denegar los servicios cubiertos, o requerir un pago antes de proporcionar los Servicios Cubiertos, debido a la falta de pago de los servicios cubiertos previamente provistos. Además, la Institución puede entablar demandas, tomar decisiones judiciales, registrar juicios o escrituras de fideicomiso, colocar gravámenes en bienes inmuebles y embargar salarios y otros bienes.

Antes de categorizar las cuentas de los pacientes como deudas incobrables, la Institución enviará un aviso por escrito a los pacientes a los que la Institución pretende iniciar el cobro de deudas, así como un resumen en lenguaje sencillo de la Política y también puede intentar comunicarse vía telefónica con los pacientes.

En caso de una falta de pago o la ausencia de un acuerdo de pago aceptado mutuamente, la Institución considerará que una cuenta es una deuda incobrable y puede adoptar cualquier ECA después de 120 días a partir de la entrega del primer estado de cuenta posterior al alta del paciente. A partir de entonces, todas las cuentas impagas restantes del paciente se revisarán para su consideración legal o posible colocación en una agencia de cobranza externa.

Los saldos de pacientes son elegibles para la evaluación de asistencia financiera durante el período de solicitud. Al recibir una solicitud de asistencia financiera durante el período de solicitud, cualquier ECA quedará suspendida hasta que la Institución realice una determinación final de elegibilidad. A un solicitante de asistencia financiera que proporciona información incompleta durante el período de solicitud se le otorga un período de tiempo razonable, según lo determinado por la Institución y según los hechos y circunstancias particulares, para responder al aviso por escrito de la Institución que describe la información o documentación adicional requerida para completar la solicitud. Si el solicitante no responde a la solicitud de información adicional de la Institución dentro de un período de tiempo razonable, según lo determinado por la Institución y en función de los hechos y circunstancias particulares, entonces las ECA pueden reanudarse.

Al menos 30 días antes de que la Institución inicie cualquier ECA, se notifica a un paciente, por escrito, sobre cualquier ECA que la Institución tenga la intención de iniciar para obtener el pago, así como la disponibilidad de asistencia financiera para las personas elegibles. Junto con este aviso, se proporciona al paciente un resumen en lenguaje sencillo de esta Política. La Institución también hará un esfuerzo razonable para notificar verbalmente a sus pacientes acerca de esta Política y cómo pueden obtener asistencia con el proceso de solicitud de asistencia financiera durante el período que transcurra entre el envío por correo del aviso de inicio de la ECA y la reanudación o inicio de la ECA. Las ECA no pueden iniciarse antes de los 120 días a partir de la entrega del primer estado de cuenta posterior al alta del paciente, como se describe en los Reglamentos del Tesoro, Sección 1.501 (r) -6 (c)(3)(i).

El Administrador de la Institución es responsable de determinar que la Institución haya realizado todos los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad de un paciente para recibir asistencia financiera en virtud de esta política antes de iniciar una ECA.

Las disposiciones anteriores de esta Sección no se aplican (o, si corresponde, dejan de aplicarse) a cualquier paciente que se determine que está descalificado de la asistencia financiera, incluido cualquier paciente que se determine que es un paciente asegurado.

Excepciones a esta Política

El Administrador de la Institución tiene la autoridad para proporcionar excepciones de elegibilidad y determinación a esta Política caso por caso, según corresponda a los hechos y circunstancias de un paciente en

particular. En ningún caso se le negará asistencia financiera a un paciente si cumple con los requisitos de elegibilidad y determinación establecidos para los servicios cubiertos establecidos en esta Política.

20 de octubre de 2017