



Lawrence General Hospital

Póliza de descuento de pago por cuenta propia

Propósito: Este documento establece la póliza con respecto a los descuentos disponibles para los pacientes elegibles que reciben servicios en el Hospital donde el paciente no tiene cobertura para el servicio bajo un plan de salud privado aplicable o un programa de asistencia pública, que se determinaría como un servicio no cubierto. Los Servicios No Cubiertos incluyen servicios electivos y/o médicamente necesarios que (a) no están incluidos como beneficios cubiertos/servicios elegibles bajo el Plan de Salud Privado o el Programa de Asistencia Pública del paciente y por los cuales el paciente es financieramente responsable del pago a los proveedores de dichos servicios; (b) se incluyen como beneficios cubiertos/servicios elegibles, pero se proporcionan después de que el paciente haya agotado todos los beneficios de su plan de salud privado o programa de asistencia pública; o (c) prestado por un proveedor que no está incluido en la red del plan/programa de salud.

Declaración de póliza: Lawrence General Hospital ha estado y sigue estando comprometido a ser un recurso para nuestros pacientes y nuestras comunidades a las que servimos, independientemente del estado del seguro o la capacidad de pago. El hospital continuará brindando servicios de emergencia a todos los pacientes, sin discriminación y sin tener en cuenta si un paciente puede ser elegible bajo esta póliza de descuento de pago por cuenta propia. El Hospital prohíbe cualquier acción que pueda disuadir a las personas de buscar Servicios de Emergencia, como exigir que los pacientes del Departamento de Emergencias paguen antes de recibir Servicios de Emergencia o permitir actividades de cobro de deudas que interfieran con la provisión, sin discriminación, de los servicios de emergencia.

El hospital ayudará a nuestros pacientes con el proceso para completar las solicitudes / calificar para los programas de asistencia pública disponibles, siempre que sea posible. Para los pacientes que cumplan con los criterios de elegibilidad descritos en esta póliza, el descuento aplicable a dicho paciente se aplicará a la factura del paciente por servicios no cubiertos. El Hospital se abstendrá de realizar esfuerzos para cobrar el pago de los servicios de emergencia y los servicios médicamente necesarios de los pacientes que están exentos de la acción de cobro en virtud de la póliza de Asistencia Financiera para Servicios de Atención Médica del Hospital.

El Hospital puede ofrecer tarifas por casos sin seguro en servicios combinados específicos o extender descuentos más allá de los de esta póliza, caso por caso, para reconocer casos únicos de dificultades financieras. Para ser elegible para un descuento por pago propio, el paciente debe cumplir con los siguientes criterios:

1. Los servicios que se prestarán deben ser médicamente necesarios y/o considerados clínicamente apropiados por un miembro del personal médico del Hospital General Lawrence;

2. El paciente no es elegible para recibir asistencia financiera en virtud de la póliza de Asistencia Financiera para Servicios de Atención Médica del Hospital;
3. El paciente no es elegible/calificado para ninguna cobertura de los servicios bajo ningún plan de salud privado o bajo un programa de asistencia pública.

Procedimiento para la aplicación de descuentos

En el caso de un paciente nacional (ciudadano estadounidense), el hospital proporcionará al paciente/garante una estimación de los cargos por cualquier pago por cuenta propia solicitado de los servicios médicos. Para aquellos pacientes que cumplan con los criterios de esta póliza, el hospital aplicará un descuento del 40% por pago propio a la estimación. El paciente/Garante deberá pagar el monto establecido en el Presupuesto (después de aplicar el descuento), en su totalidad, cuarenta y cinco (45) días antes de la prestación de los servicios; siempre y cuando, sin embargo, no se requiera el pago antes de la prestación de los servicios de emergencia.

En el caso de un paciente internacional, el hospital proporcionará al paciente/garante una estimación de los cargos por los servicios y aplicará un descuento del 25% por pago propio a la estimación. El paciente/Garante debe pagar el monto establecido en la estimación, en su totalidad, cuarenta y cinco (45) días antes de la prestación de los servicios médicamente necesarios; siempre que, sin embargo, no se requiera el pago antes de la prestación de servicios de emergencia. Al finalizar el curso de tratamiento del paciente, cualquier pago que resulte en un saldo acreedor resultará en un reembolso al paciente/Garante.