

## **ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ ΠΟΥ ΔΕΝ ΚΑΛΥΠΤΟΝΤΑΙ ΑΠΟ ΤΗΝ ΟΙΚΟΝΟΜΙΚΗ ΒΟΗΘΕΙΑ**

Αποτελεί πολιτική της Dartmouth-Hitchcock (D-H) να μην καλύπτει υπηρεσίες βάσει της Πολιτικής Οικονομικής Βοήθειας της D-H, οι οποίες θεωρούνται προαιρετικές και όχι ιατρικά απαραίτητες. Ακολουθεί μια λίστα των υπηρεσιών που δεν καλύπτονται, η οποία δεν περιλαμβάνει όλες τις υπηρεσίες. Οι μη ιατρικά απαραίτητες υπηρεσίες, κατά την κρίση του ιατρού, θα μπορούσαν να εξαιρεθούν. Θα καταβληθεί κάθε προσπάθεια να ενημερωθεί ο ασθενής πριν την παροχή υπηρεσιών για οποιεσδήποτε νέες θεραπείες που δεν καλύπτονται σύμφωνα με το Πρόγραμμα Οικονομικής Βοήθειας.

### **Προαιρετικές πλαστικές επεμβάσεις:**

Βαριατρική χειρουργική  
Αφαίρεση της κάψας του στήθους με ενθέματα  
Μαστοπηξία (Ανόρθωση στήθους)  
Γυναικομαστία (Αφαίρεση του ανδρικού στήθους)  
Μαστεκτομή (για διεμφυλικά άτομα ή πλαστική)  
Ρυτιδεκτομή (Ανόρθωση προσώπου)  
Βλεφαροπλαστική (Βλέφαρα)  
Ανόρθωση μετώπου (λίπος/ρυτίδες στο μέτωπο)  
Αυξητική πλαστική στήθους (ενθέματα στήθους)  
Μειωτική πλαστική στήθους (μείωση στήθους, εάν δεν καλύπτεται από την ασφάλιση)  
Ρινοπλαστική (μύτη)  
Κοιλιοπλαστική (πλαστική κοιλιάς)  
Λιπεκτομή οποιουδήποτε είδους (λιποαναρρόφηση) – μπορεί, επίσης, να αναφέρεται ως αφαίρεση περίσσιου δέρματος ή λίπους, η οποία δεν θεωρείται ιατρικά απαραίτητη

Οι παραπάνω διαδικασίες ελέγχονται προκαταρκτικά συνήθως και προσδιορίζονται από τους Συντονιστές Οικονομικών Πληροφοριών.

### **Τεχνική γονιμοποίηση**

Μικροχειρουργική επαναστόμωση (αναστροφή της απολίνωσης των σαλπινγών)  
Επανένωση σπερματικών πόρων (αναστροφή αγγειεκτομής)  
Λαπαροσκόπηση για τη θεραπεία της στειρότητας (Προγράμματα IUI - IVF - GIFT)  
Θεραπεία γονιμότητας – χρειάζεται να διερευνηθεί: είναι διαγνωστική ή θεραπεία

### **Άλλο**

Βελονισμός  
Χειροπρακτικές υπηρεσίες  
Ακουστικά και αποκαταστάσεις  
Γυαλιά όρασης  
Θεραπεία με μασάζ  
Φαρμακευτικά-συνταγογραφούμενα και μη φάρμακα  
Travel Clinic (εμβολιασμοί και συναφείς υπηρεσίες)  
Μελέτη ομφαλοπλακουντιακού αίματος  
Διαταραχή φύλου – δείτε χωριστή επέμβαση

### **Παράρτημα Manchester και Nashua μόνο**

**Οφθαλμολογικές εξετάσεις ρουτίνας** (Καλύπτονται μόνο εάν καθοριστεί ότι είναι ιατρικά απαραίτητες ή/και υπάρχει υποκείμενη ιατρική πάθηση. Στις περιπτώσεις όπου αυτές οι παθήσεις ΔΕΝ υπάρχουν, ο Scheduler [Υπεύθυνος Προγράμματος] θα ενημερώσει τον ασθενή ότι δε θα ισχύει η οικονομική βοήθεια). **Keene και Lebanon διαγράψτε τα αυτά**

### **Εξαιρέσεις**

Ορισμένες υπηρεσίες λόγω της φύσης τους, αν και εμπίπτουν στην κατηγορία των προαιρετικών και μη ιατρικά απαραίτητων υπηρεσιών, μπορεί να καλύπτονται σύμφωνα με την Πολιτική Οικονομικής Βοήθειας της D-H για όλες ή ορισμένες υπηρεσίες που σχετίζονται με το επεισόδιο φροντίδας. Θα παρατεθούν οι κατευθυντήριες οδηγίες για γνωστές υπηρεσίες και θα διατηρηθούν από την Patient Access Resource Team [Ομάδα Πόρων Πρόσβασης Ασθενών], στο πλαίσιο των επεμβάσεών τους. Αυτές θα εξετάζονται ετησίως για απαιτούμενες αναθεωρήσεις. Οι ατομικές περιπτώσεις θα εξετάζονται από την ηγετική ομάδα της Patient Access [Πρόσβαση Ασθενών] και τον Αντιπρόεδρο Διαχείρισης Εσόδων για έγκριση της εξαίρεσης.