

Título de la política:	Política de asistencia financiera para servicios de atención médica	ID de la política:	179
Palabras clave	paciente, financiera, asistencia, beneficencia, cuidado, necesarios, servicios, NSA, excluido, exclusiones de asistencia financiera, FAA		

I. Objetivo de la política

Establecer una política para la administración de la asistencia financiera de Dartmouth-Hitchcock (D-H) y Cheshire Medical Center (CMC) para el programa de servicios de atención de la salud. Esta política describe lo siguiente con respecto a toda la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria provista por todos los centros de D-H/CMC:

- los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera
- el método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera
- los fundamentos para calcular los montos cargados a los pacientes elegibles para recibir asistencia financiera conforme a esta política y la limitación de cargos por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria
- las medidas de D-H/CMC para hacer pública la política dentro de la comunidad a la que sirve

Esta política tiene la intención de cumplir los requisitos de los estatutos actualizados y revisados de New Hampshire 151:12-b, la Sección 501(r) del Código tributario y la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010, y será actualizada periódicamente en la medida en que lo requiera la ley aplicable.

II. Alcance de la política

Esta política se aplica a cualquier proveedor de D-H/CMC que trabaje en cualquier centro de D-H/CMC responsable de brindar atención médica de emergencia y toda otra atención médicamente necesaria y facturada por un proveedor de D-H/CMC.

A los fines de esta política, las solicitudes de “asistencia financiera” corresponden a la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada en cualquier centro de D-H, ya sea por D-H o por cualquier proveedor empleado por D-H.

III. Definiciones

Asistencia financiera (también conocida como “atención de beneficencia”): La prestación de servicios de atención médica de forma gratuita o a una tarifa con descuento para personas que cumplan los requisitos establecidos conforme a lo dispuesto en esta política.

La Oficina del Censo de los Estados Unidos define como “familia” a un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio o adopción.

- La ley estatal con respecto al matrimonio o unión civil y las pautas federales se utilizan para determinar quiénes están incluidos en una familia.
- En el caso de solicitantes que obtengan ingresos por atender a adultos discapacitados en su hogar, el adulto discapacitado se contará como miembro de la familia y su ingreso será incluido en la determinación.

- Las reglas del Servicio de Rentas Internas (IRS) que define quiénes pueden ser reclamados como dependientes para fines fiscales se emplean como pautas para validar el tamaño de una familia al otorgar asistencia financiera.

Presunta asistencia financiera: La prestación de asistencia financiera para servicios médicamente necesarios a pacientes para quienes no se ha completado un formulario de asistencia financiera de D-H/CMC debido a la falta de documentación de respaldo o respuesta por parte del paciente. La determinación de elegibilidad para recibir asistencia se basa en las condiciones de vida individuales que demuestran la existencia de una necesidad financiera. La presunta asistencia financiera no está disponible para saldos existentes después de Medicare.

Grupo familiar: Un grupo de personas que residen principalmente en el mismo hogar y que tienen una unión legal (consanguínea, matrimonio o adopción), así como los padres que no están casados y que tienen uno o más hijos en común. El hogar de un paciente incluye al paciente, su cónyuge, menores dependientes, parejas que no están casadas y que tienen un hijo en común y dependiente que vive bajo el mismo techo, parejas del mismo sexo (casadas o en unión civil) y los padres reclamados en la declaración de impuestos de un hijo adulto.

Ingreso familiar: Tal como se define en las pautas del Nivel Federal de Pobreza (FPL) publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos en base a:

- ingresos, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro Social, ingresos de seguro suplementarios, asistencia pública, pagos a veteranos, beneficios para supervivientes, pensión o ingreso por jubilación, interés, dividendos, rentas, regalías, ingresos testamentarios, fideicomisos, asistencia para la educación, pensión alimenticia, manutención infantil, asistencia fuera del hogar y otros recursos diversos;
- los beneficios que no son en efectivo (tales como cupones para alimentos y subsidios de vivienda) **no** cuentan
- ingresos antes del pago de impuestos
- el ingreso de todos los integrantes de la familia (los que no son parientes, tales como los compañeros de vivienda, **no** cuentan)

Paciente no asegurado: Un paciente que no tiene seguro médico ni otra fuente de pago de un tercero para su atención médica.

Paciente con seguro insuficiente: Un paciente que tiene algo de seguro médico u otra fuente de pago de un tercero. Sin embargo, los gastos cubiertos por dicho paciente exceden su capacidad de pago conforme a lo determinado en esta política.

Cargos brutos: El total de cargos en la totalidad de cuotas establecidas de la organización para los servicios de atención médica del paciente.

Condiciones médicas de emergencia: Tal como lo establece la definición de la sección 1867 de la Ley del Seguro Social (42 U.S.C. 1395dd), una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso) y de manera tal que la falta de atención médica inmediata podría esperarse razonablemente que resulte en:

- poner en grave peligro la salud de la persona en cuestión (o, en relación a mujeres embarazadas, la salud de la mujer o de su hijo por nacer),
- un grave deterioro a las funciones corporales
- una grave disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo

- con respecto a las mujeres embarazadas:
 - tiempo insuficiente para llevar a cabo un traslado seguro a otro hospital antes del parto
 - una amenaza a la salud o la integridad de la mujer o del bebé por nacer, en caso de traslado o alta.

Médicamente necesaria: Tal como lo define Medicare con respecto a las cuestiones o servicios de atención médica, razonables y necesarios para el diagnóstico o tratamiento de enfermedades o lesiones o para mejorar el funcionamiento de una extremidad con malformación.

Electiva: Artículos o servicios de atención médica que no se consideran médicamente necesarios.

Exclusiones de asistencia financiera: Servicios que no se consideran médicamente necesarios o se consideran electivos. Esta política se aplica a la atención médica brindada en cualquier centro de D-H por D-H o por cualquier proveedor empleado por D-H. Además, los proveedores pueden brindar atención médica en instalaciones de D-H como parte de una entidad no perteneciente a D-H. Estos servicios no están cubiertos por la política de asistencia financiera de D-H/CMC.

IV. Declaración normativa

Dartmouth-Hitchcock (D-H) y Cheshire Medical Center (CMC) se comprometen a brindar asistencia financiera a personas con necesidades de atención médica que no tienen los medios financieros para pagar los servicios o los saldos adeudados que son su responsabilidad. D-H procura garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no sea un obstáculo para buscar u obtener dicha atención. Un paciente puede solicitar asistencia financiera en cualquier momento antes, durante y después de la prestación del servicio, incluso después de que una cuenta haya sido enviada a una agencia de cobranza externa.

D-H/CMC proporcionará atención para condiciones médicas de emergencia, así como servicios médicamente necesarios a las personas, independientemente de su capacidad de pago o elegibilidad para recibir asistencia financiera o gubernamental, e independientemente de su edad, sexo, condición social o de inmigrante, orientación sexual o afiliación religiosa. De conformidad con lo establecido en la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto (EMTALA), ningún paciente deberá someterse a un examen de asistencia financiera o de información de pago antes de la prestación de servicios por condiciones médicas de emergencia.

La asistencia financiera no se considera un sustituto para la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de D-H/CMC para obtener asistencia financiera u otras formas de pago, y para contribuir al costo de su atención en base a su capacidad individual de pago. Las personas con la capacidad financiera necesaria para comprar seguro médico deben hacerlo, como medio para asegurarse el acceso a servicios de atención médica, por su salud personal en general y para la protección de sus bienes individuales.

D-H/CMC no impondrá medidas de cobranza extraordinarias a ningún paciente sin antes hacer todo lo razonablemente posible para determinar si ese paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Todas las excepciones deben ser aprobadas por el Director Financiero. Para obtener información sobre las medidas que D-H/CMC puede tomar en caso de falta de pago, por favor consulte nuestra política de créditos y cobranzas. Usted puede obtener copias de la [Política de Créditos y Cobranzas](#) por Internet o solicitarla en las Oficinas de Servicios Financieros para Pacientes. También puede pedir que se la envíen por correo llamando al 844-808- 0730.

A. Requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera. A fin de calificar para recibir asistencia financiera conforme a esta política, un paciente debe cumplir los siguientes requisitos:

- Ser residente de New Hampshire o de Vermont, o bien una persona no residente que recibe tratamiento de emergencia en D-H/CMC.

- No estar asegurado, contar con seguro insuficiente, no ser elegible para ningún programa de beneficios de atención médica gubernamental, no estar en condiciones de pagar su atención conforme a lo detallado en la política de créditos y cobranzas, de acuerdo a una determinación de necesidad financiera según esta política.
- Tener durante los últimos 12 meses un ingreso familiar bruto que incluya a todos los integrantes del hogar del paciente, inferior al 300% del nivel federal de pobreza (FPL).
- Tener un ingreso familiar bruto que exceda el 300% del FPL y saldos acumulados adeudados por servicios realizados en D-H/CMC superiores al 10% del ingreso familiar por 2 años, más el 10% del valor de los bienes del hogar que excedan los montos protegidos (como se describe a continuación).
- A los efectos de determinar el valor de los activos, estos incluyen, entre otros: ahorros, pensión alimenticia, certificados de depósito, IRA, acciones, bonos, cuentas 401(k) y fondos mutuos. Para calcular la cantidad de activos a los efectos de calificar a un paciente para asistencia financiera:
 - Los ahorros (que incluyen cuentas de ahorro, pensión alimenticia o certificados de depósito) están protegidos hasta el 100% del FPL.
 - Las cuentas de jubilación (que incluyen cuentas IRA, acciones, bonos, cuentas 401(k) y fondos mutuos) están protegidas hasta \$100,000; el porcentaje de propiedad neto sobre una residencia principal está protegido hasta \$200,000 para solicitantes hasta los 54 años de edad; el porcentaje de propiedad neto sobre una residencia principal está protegido hasta \$250,000 para solicitantes de 55 años o más.
 - Cuando se señalen dividendos en una declaración de impuestos, se solicitará información sobre la fuente de dichos dividendos, acompañada de un informe del valor de mercado reciente.
 - Se requiere documentación sobre todos los pagos de fideicomisos, así como la habilidad de acceder a dichos fondos.
- Demostrar cumplimiento de los requisitos para solicitar cobertura de un plan de salud calificado del Programa de Mercado de Atención Médica de New Hampshire o Vermont si es elegible para esos programas. Las excepciones a este requisito pueden ser aprobadas por el personal directivo por un motivo válido, caso por caso. El “motivo válido” dependerá de los hechos y las circunstancias, y puede incluir:
 - A quienes no se inscribieron durante el periodo de inscripción abierta y a quienes no encajan en la categoría de un evento que cambia la vida fuera del periodo de inscripción abierta.
 - A quienes la carga financiera les será más grande si el paciente se inscribe en un plan de salud calificado que si no lo hace.

Si no hay interacción con el paciente con respecto a la asistencia financiera, o si el paciente no puede completar los procedimientos de la solicitud requeridos conforme a esta política, dicho paciente puede sin embargo ser considerado para ser elegible para presunta asistencia financiera.

B. Método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.

1. D-H/CMC explorará fuentes alternativas de cobertura y/o pago de programas federales, estatales u otros programas y ayudará a los pacientes a solicitar esos programas. Con respecto a los saldos existentes después de que dichas fuentes hayan sido agotadas, D-H/CMC llevará a cabo una evaluación individual de las necesidades financieras del paciente a fin de determinar

si una persona califica para recibir asistencia conforme a esta política, utilizando los siguientes procedimientos:

- Un paciente o aval debe presentar una solicitud en un formulario aprobado por la gerencia de D-H/CMC, y proporcionar documentación e información personal, financiera y de otro tipo como lo requiera D-H/CMC para determinar si dicha persona califica para recibir asistencia, que incluye, entre otros, documentación para verificar el ingreso familiar y los activos disponibles, así como otros recursos. Si D-H/CMC no puede obtener por parte del paciente o del aval del paciente una solicitud o cualquier documentación de respaldo requerida, D-H/CMC puede considerar si el paciente es elegible para recibir presunta asistencia financiera.
 - En lugar de una solicitud y documentación de respaldo por parte del paciente, el personal puede utilizar cualquiera de los siguientes para respaldar una recomendación de aprobación de una solicitud de asistencia financiera:
 - D-H/CMC puede utilizar uno o más proveedores para hacer indagaciones sobre determinadas personas con la finalidad de determinar su elegibilidad, utilizando fuentes de datos disponibles públicamente, mismas que proporcionan información con respecto a la capacidad de pago de un paciente o de su aval, así como su tendencia a pagar.
 - Elegibilidad actual para Medicaid.
 - Estado de cuenta actual de una autoridad de vivienda federal o estatal.
 - Verificación de un albergue para indigentes o un centro de salud federal calificado.
 - Verificación de encarcelamiento por parte del centro correccional, sin fuente de pago; o bien
 - Para un paciente individual, se puede aceptar la declaración verbal del paciente con respecto a sus ingresos y activos en lugar de una verificación por escrito de sus ingresos, con respecto a una (1) cuenta únicamente, siempre y cuando el saldo en dicha cuenta sea inferior a \$1,000.
2. Se prefiere, si bien no es un requisito, que una solicitud para asistencia financiera y la determinación de necesidad financiera tengan lugar antes de la prestación de servicios médicamente necesarios, pero no de carácter urgente. Sin embargo, un paciente puede ser considerado para recibir asistencia financiera en cualquier momento durante el ciclo de cobranza. Una solicitud de asistencia financiera aprobada se aplica a todos los saldos por los cuales el paciente solicitó asistencia financiera, además de la atención médica de emergencia y otra atención médicamente necesaria provista por un período, las fechas de servicio antes de la recepción de la solicitud de asistencia financiera, incluidos los saldos cedidos a una agencia de cobranza, y cualquier servicio proporcionado antes o en la fecha de vencimiento indicada en la carta de acuse de recibo, siempre que el servicio no esté en la siguiente lista. Pasado ese tiempo, o en cualquier momento en el que la información adicional correspondiente a la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera se dé a conocer, D-H/CMC reconsiderará la necesidad financiera de la persona, conforme a esta política.

D-H/CMC reconoce las decisiones tomadas por los siguientes programas de asistencia, sin pedir copias de las solicitudes. D-H/CMC se reserva el derecho de aceptar o rechazar decisiones tomadas fuera de las pautas de D-H/CMC establecidas por las organizaciones que se enumeran a continuación. Todos los copagos y otros montos aplicables que sean responsabilidad del paciente deben solicitarse conforme a los requisitos de dichos programas.

- Tarjeta de Red de Acceso a la Atención de la Salud de New Hampshire solo para pacientes asegurados

- Good Neighbor Health Clinic
 - Manchester Community Health Center
 - Nashua Area Health Clinic
 - Mobile Community Health
 - Teen Health Clinic
 - Elegibilidad actual de Medicaid si no es retroactiva para cubrir servicios anteriores
 - Paciente fallecido sin patrimonio (según lo confirmen el albacea o el Estado)
3. El objetivo de D-H/CMC es procesar una solicitud financiera y notificar al paciente por escrito la decisión tomada dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa.
 4. **Proceso de apelaciones:** Si D-H/CMC niega asistencia financiera de manera parcial o total, el paciente (o su representante) puede apelar la decisión en un plazo de 30 días. El paciente debe enviar una carta al Director de Elegibilidad e Inscripción para explicar el motivo por el cual la decisión tomada por D-H/CMC fue inadecuada. La carta de apelación será revisada por D-H/CMC, y se enviará al paciente una decisión definitiva en un plazo de 30 días a partir de la recepción de la solicitud de apelación.

C. Determinación del monto de la asistencia financiera

Todos los pagos del seguro médico y los ajustes contractuales, al igual que el descuento no asegurado, se llevan a cabo antes de ser aplicado el ajuste de asistencia financiera. Vea la política de descuentos para pacientes no asegurados de D-H/CMC: División de Administración de Ingresos (cuyo enlace figura a continuación).

Si una persona es aprobada para recibir asistencia financiera, el monto de la asistencia que se proporcionará para la atención médica correspondiente será como se indica a continuación:

- Ingreso familiar de hasta 225% del FPL, asistencia financiera del 100%
- Ingreso familiar de 226% a 250% del FPL, descuento del 75%
- Ingreso familiar de 251% a 275% del FPL, descuento del 50%
- Ingreso familiar de 276% a 300% del FPL, descuento del 25%
- Como se comentó anteriormente, los pacientes cuyo ingreso familiar exceda el 300% del FPL pueden ser elegibles para recibir un descuento en base al saldo que el paciente paga por cuenta propia. Los descuentos serán otorgados de manera tal que el total de la factura que el paciente debe pagar por cuenta propia no exceda el 10% del ingreso bruto de 2 años, más el 10% de los activos que excedan el cálculo de los activos protegidos descrito anteriormente en esta política. Todos los descuentos distintos a los descritos anteriormente deben ser aprobados por el Comité de Apelaciones de Asistencia Financiera, con base en una apelación por escrito del paciente o de la parte responsable.
- Los pacientes que cumplan los requisitos para presunta asistencia financiera recibirán 100% de asistencia financiera.

Los pacientes sin seguro médico, incluso aquellos con seguro insuficiente que califiquen para asistencia financiera conforme a esta política, no tendrán que pagar una cantidad mayor al monto cobrado generalmente a pacientes con un seguro médico que cubre la misma atención. Dartmouth-Hitchcock aplica un descuento a los cargos brutos en todos los saldos de pacientes que no tienen seguro médico, lo cual resulta en un saldo con descuento que se espera sea liquidado por el paciente. El descuento se basa en el método de “cargos retroactivo de Medicare por servicio más pagadores privados”, conforme a lo descrito en las regulaciones correspondientes que implementan la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos. Dicho descuento se aplica antes

de enviar la factura al paciente, y antes de aplicar cualquier ajuste por concepto de asistencia financiera. Este descuento no se aplica a ningún copago, coaseguro, montos deducibles, servicios en paquete o prepagos que ya reflejen cualquier descuento requerido, o para los servicios clasificados como no cubiertos por todas las compañías aseguradoras.

Para el año fiscal que se extiende del 1-JUL-2019 al 30-JUN-2019, se aplican las siguientes tarifas de descuento:

Dartmouth-Hitchcock Clinic	58.1%
Mary Hitchcock Memorial Hospital	58.1%
Cheshire Medical Center	64.7%

Elegibilidad presunta para asistencia financiera:

D-H/CMC puede utilizar a un tercero para analizar la información del paciente a fin de evaluar su necesidad financiera. Esta revisión utiliza un modelo predictivo reconocido por la industria de la atención de la salud que se basa en bases de datos de registros públicos. El modelo incorpora datos de registros públicos para calcular un puntaje de capacidad socioeconómica y financiera el cual incluye estimaciones de ingresos, recursos y liquidez. El conjunto de reglas del modelo está diseñado para evaluar a cada paciente con los mismos estándares y se compara con las aprobaciones anteriores de asistencia financiera de Dartmouth-Hitchcock.

La información del modelo predictivo puede ser utilizada por D-H/CMC para otorgar elegibilidad presunta en casos en que exista ausencia de información brindada directamente por el paciente. La presunta asistencia financiera no está disponible para saldos existentes después de Medicare.

Independientemente del saldo pendiente, los análisis de presunción se utilizan en cuentas de más de 120 días después de enviar los estados de cuenta y avisos de cobranza de la deuda, y antes de transferir la cuenta a una agencia de cobranza externa, para proporcionar asistencia financiera a los pacientes que no han respondido a la notificación de la opción de completar una Solicitud de Asistencia Financiera. Las cuentas testamentarias que hayan excedido los límites de tiempo son elegibles para un análisis presunto.

Reembolsos:

Si un paciente ha pagado un saldo pendiente y posteriormente presenta una Solicitud de Asistencia Financiera completa que es aprobada para asistencia financiera mediante el proceso de solicitud, el hospital le reembolsará la cantidad que la persona haya pagado por la atención médica recibida.

D. Comunicación respecto a la política de asistencia financiera de D-H para pacientes y dentro de la comunidad

- Cualquier representante o integrante del personal de D-H/CMC puede referir a pacientes para asistencia financiera, incluso los médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. El paciente o un familiar, amigo cercano o asociado del paciente puede solicitar asistencia financiera de acuerdo con las leyes de privacidad aplicables.
- La información con respecto a la asistencia financiera de D-H proviene de D-H/CMC, incluida entre otras esta política, un resumen de esta política en lenguaje sencillo, un formulario de solicitud e información con respecto a los procedimientos y la política de cobranzas a pacientes de D-H/CMC, estará disponible para el público y para los pacientes de D-H/CMC mediante los mecanismos descritos a continuación, entre otros:
 - En el sitio web de D-H/CMC,
 - Publicada en las áreas de atención a pacientes,
 - Disponible en las tarjetas de información en los departamentos de registro y admisión,

- Disponible en otros espacios públicos conforme lo determine D-H/CMC,
- Proporcionada en los principales idiomas que habla la población atendida por D-H/CMC; se utilizan servicios de traducción conforme se necesitan.
- Si se aprueba el saldo, se envía una carta al paciente en la que se indica la aprobación.

E. Asistencia para completar las solicitudes

Usted puede recibir asistencia en persona al completar esta solicitud en los siguientes lugares:

Dartmouth-Hitchcock Medical Center One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	Dartmouth-Hitchcock Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH03104 (603) 695-2692	Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 ext. 4444
--	--	---	---	---

Usted seguirá siendo financieramente responsable por cualquier servicio que reciba hasta que su solicitud completa sea recibida.

Es posible acceder a opciones adicionales a través de la Red de Acceso a la Atención de la Salud de New Hampshire (<https://www.healthynh.com/nh-health-access-network.html>).

F. Proceso de apelación para asistencia financiera

- Si no se aprueba el saldo, se le enviará una carta de denegación al paciente o, si se solicita, una copia de la solicitud en la que se subraye el motivo por el cual no fue aprobada. También se enviará una carta detallando el proceso formal de apelaciones con cada denegación así como con las cartas en las que se ofrece solamente una reducción parcial.
- Un comité de tres líderes de D-H que no hayan participado en el proceso original revisará la apelación y hará las recomendaciones pertinentes en todas las apelaciones de denegación.

G. Niveles de determinación de beneficencia

- Los niveles de aprobación son los siguientes:

Cargo	Dartmouth-Hitchcock	Cheshire Medical Center
Vicepresidente/Director Financiero/Presidente	> \$350,000	> \$100,000
Director de Administración de Ingresos	> \$50,0000	> \$50,0000
Director – Conifer	Hasta 50,000	Hasta 50,000
Gerente – Conifer	Hasta \$5000	Hasta \$5000
Supervisor – Conifer	Hasta \$1000	Hasta \$1000
Representante de Cuentas – Conifer	Hasta \$500	Hasta \$500

H. Exclusiones y servicios de asistencia financiera

A. Consideraciones especiales

- La siguiente lista de procedimientos médicos no debe considerarse exhaustiva.
- Los servicios que no sean médicamente necesarios, según lo considere el proveedor, podrían ser excluidos.
- Se hará todo lo posible para informar al paciente, antes del servicio, sobre los nuevos tratamientos no cubiertos dentro del programa de asistencia financiera.

B. Procedimientos cosméticos electivos (no cubiertos)

- Cirugía bariátrica

- Capsulectomía mamaria con implantes
- Mastopexia (levantamiento mamario)
- Ginecomastia (extirpación de la glándula mamaria en hombres)
- Mastectomía (transgénero o cosmética)
- Ritidectomía (estiramiento facial)
- Blefaroplastia (párpados)
- Levantamiento de cejas (grasa/arrugas en la frente)
- Mamoplastia de aumento (implantes mamarios)
- Mamoplastia de reducción (reducción mamaria si no está cubierta por el seguro)
- Rinoplastia (nariz)
- Procedimientos dermatológicos
- Abdominoplastia (cirugía plástica abdominal)
- Lipectomía de cualquier tipo (liposucción): también puede estar listada como eliminación de exceso de piel o grasa, lo cual no se considera una necesidad médica

Nota: Los procedimientos mencionados más arriba generalmente son evaluados e identificados por los coordinadores de información financiera.

C. Inseminación artificial

- Microanastomosis (reversión de ligadura tubárica)
- Vasovasostomía (reversión de vasectomía)
- Laparoscopia para el tratamiento de la esterilidad (programas de inseminación intrauterina, fecundación *in vitro*, transferencia intrafalopiana de gametos)
- Tratamiento de la esterilidad: debe investigarse si se trata del diagnóstico o del tratamiento

D. Otros

- Acupuntura
- Servicios quiroprácticos
- Audífonos y reparaciones
- Anteojos
- Masajes terapéuticos
- Fármacos: medicamentos recetados y sin receta médica
- Clínica del viajero
- Estudio del cordón umbilical
- Trastornos del género
- Ventas al por menor
- Servicios provistos por Renaissance Psychiatry of New England, LLC

E. Solamente las divisiones de Manchester y Nashua

- **Examen ocular de rutina**
 - Solo estará cubierto si se determina que es médicamente necesario y/o existe una condición médica subyacente.
 - En los casos en los que estas condiciones NO existan, el coordinador informará al paciente que la asistencia financiera no tendrá validez.
 - Los servicios de oftalmología de Keene y Lebanon no los cubren

F. Excepciones

- A. Algunos servicios que se incluyen en la categoría de procedimientos electivos y no médicamente necesarios pueden estar cubiertos total o parcialmente por la política de

asistencia financiera de D-H/CMC si están relacionados con el episodio de atención médica.

- B. Las políticas y procedimientos serán delineados para los servicios conocidos y mantenidos por el Equipo de Recursos de Acceso de Pacientes.
- C. Estos serán revisados anualmente para las modificaciones pertinentes.
- D. La dirección de acceso a pacientes y el Vicepresidente de Administración de Ingresos revisarán los casos individuales para aprobar dicha excepción.

I. Exclusiones de asistencia financiera – Proveedores no pertenecientes a D-H

- Cheshire – Radiology Associates of Keene
- Cheshire – Surgicare Medical Equipment
- Cheshire – Monadnock Family Services
- Manchester – Foundation Medical Partners
- Manchester – Amoskeag Anesthesia
- Manchester – Dietician Services
- Manchester – Alliance Health Services/Catholic Medical Center
- Bedford – Alliance Health Services/Catholic Medical Center
- Nashua – Greater Nashua Mental Health Center (trabajadora social)
- Nashua – Nashua Anesthesiologist Group
- Nashua – St. Joseph’s Hospital (servicios de fisioterapia y rehabilitación)
- Concord – Riverbend Community Mental Health
- Concord – Servicios provistos por Concord Hospital
- Lebanon – OrthoCare Medical Equipment

V. Referencias N/A

Propietario responsable:	División de Finanzas Corporativas	Contacto(s): correo electrónico	Kimberly Mender
Aprobado por:	Junta Directiva; Director – Finanzas; Oficina de Apoyo a Políticas – Políticas organizacionales únicamente; Naimie, Tina; Willbarger, Kathryn	Versión No.:	7
Fecha de aprobación actual:	17-SEP-2018	ID del documento anterior:	RMD 0031
Fecha en que la política entra en vigencia:	Aprobado por el Comité de Finanzas de MHMH/DHC el 23-JUN-2016 y por las Juntas Directivas de MHMH/DHC el 24-JUN-16		
Políticas y procedimientos relacionados:	Política de descuentos para pacientes no asegurados – División de Administración de Ingresos Política de créditos y cobranzas Política de pago de presupuesto – División de Administración de Ingresos		
Auxiliares de trabajo relacionados:			