



Título de la política:	Política de asistencia financiera para servicios de atención médica	ID de la política:	179
Palabras clave	asistencia financiera a pacientes, atención de beneficencia, servicios necesarios, NSA		

I. Objetivo de la política

Establecer una política para la administración de la asistencia financiera de Dartmouth-Hitchcock para el programa de servicios de atención médica. Esta política describe lo siguiente con respecto a toda la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria provista por las instalaciones de D-H:

- requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera;
- método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera;
- fundamento 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; y
- las medidas de D-H para hacer pública la política dentro de la comunidad a la que sirve.

Esta política tiene la intención de cumplir con 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 asequible de 2010, y será modificada cada cierto tiempo en la medida en que lo requiera la ley aplicable.

II. Alcance de la política

Para los fines de esta política, las solicitudes de “asistencia financiera” corresponden a la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria proporcionada por prestadores de servicios de D-H en cualquiera de sus instalaciones o por cualquier prestador de servicios 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.

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 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.

Familia: Tal y como lo define la Oficina del censo de EE.UU., es un grupo de dos o más personas que residen en el mismo lugar 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 un integrante de la familia y su ingreso será incluido en la determinación.
- Las reglas del Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés) 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.

Hogar: 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, a su cónyuge, un menor dependiente, parejas que no están casadas y que tienen un hijo en común y dependiente que vive bajo el mismo techo, parejas del mismo sexo (en relación de matrimonio o unión civil), los padres reclamados en la declaración de impuestos de un hijo adulto.

Ingreso familiar: Tal y como está definido conforme el Índice federal de pobreza (FPL en inglés) publicado anualmente por el Departamento de salud y servicios humanos de EE.UU., y que se basan en:

- ingresos, compensación por desempleo, compensación laboral, Seguro social, Seguridad de ingreso suplementario, 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 misceláneos;
- 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 y como lo establece la definición de la sección 1867 de la Ley del seguro social (código 42 de EE.UU. 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 que aún no ha nacido),
- un grave deterioro a las funciones corporales, o

- una grave disfunción de cualquier órgano o parte del cuerpo, o
- con respecto a las mujeres embarazadas:
 - tiempo insuficiente para llevar a cabo un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o
 - una amenaza a la salud o la integridad de la mujer o del bebé que aún no ha nacido, en caso de traslado o alta.

Médicamente necesaria: Tal y 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 algún componente corporal deforme.

IV. Declaración normativa

Dartmouth-Hitchcock (D-H) está comprometido a brindar asistencia financiera a las personas que tienen necesidades de atención médica, pero que no cuentan con los recursos financieros para pagar los servicios o saldos que les corresponden. D-H se esfuerza por 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 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, independientemente de la edad, el género, condición social o de inmigrante, orientación sexual o afiliación religiosa.

La asistencia financiera no se considera un sustituto para la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de D-H 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 asegurar el acceso a servicios de atención médica, por su salud personal en general y para la protección de sus bienes individuales.

D-H no impondrá medidas de cobranza extraordinarias tales como enviar la cuenta a una agencia de cobranza u otras acciones legales contra ningún paciente sin primero hacer esfuerzos razonables para determinar si dicho paciente es elegible para recibir asistencia financiera. Todas las excepciones deben ser aprobadas por el director de finanzas. Para obtener información sobre las acciones que D-H pueda tomar en caso de impago, incluyendo las medidas de cobranza extraordinarias y los esfuerzos razonables para determinar la elegibilidad para recibir asistencia, consulte nuestra política de crédito y cobranza. Usted podrá obtener dicha Política de crédito y cobranza en línea, solicitar una copia en las Oficinas de servicios financieros al paciente o su envío por correo al llamar 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 que no es residente pero que recibe tratamiento de emergencia en D-H.
- 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 crédito y cobranza, con base en una determinación de necesidad financiera de conformidad con esta Política.
- Tener un ingreso familiar bruto, que incluya a todos los integrantes del hogar del paciente, durante los últimos 12 meses menor al 300% del FPL.
- Tener un ingreso familiar que exceda el 300% del FPL y saldos acumulados adeudados por servicios realizados en D-H 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).
- Con la finalidad de determinar el valor de los activos, estos incluyen, de manera enunciativa, los siguientes: ahorros, pensión alimenticia, certificados de depósito, planes de jubilación tipo IRA, acciones, bonos, planes de retiro tipo 401k y fondos mutuos. Para calcular el monto de los activos con la finalidad de autorizar a un paciente para la beneficencia antes mencionada, (i) los ahorros (que incluyen cuentas de ahorro, pensión alimenticia, o certificados de depósito) están protegidos hasta el 100% del FPL, (ii) las cuentas de retiro (las cuales incluyen planes de jubilación tipo IRA, acciones, bonos, planes de retiro tipo 401k y fondos mutuos) están protegidas hasta \$100,000, el capital de la residencia principal está protegido hasta \$200,000 para solicitantes de hasta 54 años de edad, y (iv) el capital de la 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 con los requisitos para solicitar cobertura de un plan de salud autorizado [sic] el Programa de intercambio de atención médica de New Hampshire o Vermont si es elegible para estos. Las excepciones a este requisito pueden ser aprobadas por el personal directivo por una buena causa, caso por caso. “Buena Causa” dependerá de los hechos y las circunstancias, y puede incluir:
 - A quienes no se inscribieron durante el periodo de inscripción abierta y 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 explorará fuentes alternativas de pago provenientes de programas federales, estatales y de otro tipo, y ayudará a los pacientes a solicitar dichos programas. Con respecto a los saldos existentes después de que dichas fuentes hayan sido agotadas, D-H 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, y proporcionar documentación e información personal, financiera y de otro tipo como lo requiera D-H para determinar si dicha persona califica para recibir asistencia, incluyendo, de manera enunciativa, documentación para verificar el ingreso familiar y los activos disponibles, así como otros recursos. Si D-H no puede obtener, por parte del paciente o del aval del paciente, una solicitud o cualquier documentación de respaldo requerida, D-H 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 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
 - Para un paciente individual, la declaración verbal del paciente con respecto a su ingreso y sus activos, en lugar de una verificación por escrito de sus ingresos, puede ser aceptada con respecto a una (1) cuenta únicamente, siempre y cuando el saldo en dicha cuenta sea menor a \$1,000.
2. Se prefiere, aunque 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 aplica a todos los saldos para los que

el paciente haya presentado una solicitud de beneficencia, además de la atención de emergencia y otra atención médicamente necesaria provista durante un periodo de tiempo, las fechas de servicio anteriores a la recepción de la solicitud de asistencia financiera, incluidos los saldos enviados a una agencia de cobranza, así como los servicios provistos antes de o en la fecha de vencimiento mencionada en la carta de confirmación, siempre y cuando el servicio no aparezca en el Auxiliar de trabajo de las exclusiones a la política de asistencia financiera (cuyo enlace aparece a continuación). 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 reconsiderará la necesidad financiera de la persona, conforme a esta política. D-H: D-H reconoce las decisiones tomadas por los siguientes programas de asistencia, sin pedir copias de las solicitudes. Todos los copagos y otros montos aplicables que sean responsabilidad del paciente deben solicitarse conforme a los requisitos de dichos programas.

- Tarjeta de NH Health Access Network 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

3. D-H tiene el objetivo de procesar una solicitud financiera y notificar al paciente, por escrito, de la decisión tomada, dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completa.
4. **Proceso de apelaciones:** Si D-H 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 fue inadecuada. La carta de apelación será revisada por D-H, y se enviará una decisión definitiva al paciente en un plazo de 30 días posteriores a 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. Consulte la Política de descuento para pacientes no asegurados de D-H: División de la administración de ingresos (cuyo enlace aparece a continuación).

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

- Un ingreso familiar de o inferior al 225% del FPL recibirá 100% de asistencia financiera,

- Un ingreso familiar entre el 226% y el 250% del FPL recibirá un descuento del 75%,
- Un ingreso familiar entre el 251% y el 275% del FPL recibirá un descuento del 50%, y
- Un ingreso familiar entre el 276% y el 300% del FPL recibirá un 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 paga 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.

A los pacientes sin seguro médico, incluso los pacientes con seguro insuficiente que califiquen para asistencia financiera conforme a esta política, no se les podrá cobrar una cantidad mayor al monto cobrado generalmente a pacientes que sí tienen 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 “posible Medicare”, conforme a lo descrito en las regulaciones correspondientes que implementan la Sección 501(r) del Código tributario. 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 aplica a ningún copago, coaseguro, montos deducibles, servicios en paquete o pre-pagos que ya reflejan cualquier descuento requerido, o para los servicios clasificados como no cubiertos por todas las compañías aseguradoras.

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 puede referir a pacientes para asistencia financiera, incluso los médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. El paciente, un familiar, amigo cercano o compañero de dicho paciente puede solicitar asistencia financiera, sujeta a las leyes de privacidad aplicables.
- La información con respecto a la asistencia financiera de D-H proviene de D-H, incluso, pero sin limitarse esta política, un resumen de esta política en lenguaje sencillo, un formulario de solicitud e información con respecto a los procedimientos y políticas de cobranza a pacientes de D-H, estará disponible

para el público y para los pacientes de D-H mediante los mecanismos descritos a continuación, como mínimo:

- En el sitio web de D-H,
- 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,
- Proporcionada en los idiomas principales que habla la población atendida por D-H; se utilizan servicios de traducción conforme se necesita.

- Si se aprueba el saldo, se envía una carta al paciente indicando la aprobación.

E. 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.

F. Niveles de determinación de beneficencia

- Los niveles de aprobación son los siguientes:
 Menos de \$500 - Asesor financiero
 Menos de \$1,000.00 - Supervisor
 Menos de \$10,000 - Gerente
 De \$10,000 a \$50,000 - Directores de Conifer
 Mayores a \$50,000 - Director de administración de ingresos

V. Referencias N/A

Propietario responsable:	División de la administración de ingresos	Contacto(s): correo electrónico	Kimberly Mender
Aprobado por:	Consejo de administración; Director - Finanzas; Oficina de respaldo a políticas - políticas únicamente; Naimie, Tina	Versión no.:	5
Fecha de aprobación actual:	Todavía no ha sido aprobada	ID del documento anterior:	RMD 0031
Fecha en que la política entrará en vigor:	Todavía no ha sido aprobada		
Políticas y procedimientos relacionados:	Política de descuentos para pacientes no asegurados: División de la administración de ingresos Política de crédito y cobranza		
Auxiliares de trabajo relacionadas:			