

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

I. Objetivo de la política

Establecer una política para la administración de la asistencia financiera de Dartmouth-Hitchcock Health para el programa de servicios de atención de la salud. Esta política describe los siguientes puntos con respecto a toda la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria provista por todos los centros de D-HH:

- los requisitos de elegibilidad para recibir asistencia financiera.
- método mediante el cual los pacientes pueden solicitar asistencia financiera.
- las bases para calcular los montos cargados a los pacientes elegibles para asistencia financiera de conformidad con lo establecido en esta política y la limitación de cargos por la prestación de servicios de emergencia u otros servicios médicamente necesarios.
- las medidas tomadas por D-HH para dar a conocer esta política dentro de la comunidad a la que presta servicios.

Esta política tiene como fin cumplir los requisitos de los estatutos actualizados y revisados (RSA) de New Hampshire 151:12-b, la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos y la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2010, y será modificada 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-HH que trabaje en cualquier centro de D-HH responsable de prestar atención médica de emergencia y toda otra atención médicamente necesaria y facturada por un proveedor de D-HH.

A los fines de esta política, las solicitudes de “asistencia financiera” se refieren a la prestación de atención médica de emergencia y toda otra atención médicamente necesaria brindada en cualquier centro de D-HH por cualquier proveedor empleado por D-HH.

III. Definiciones

Asistencia financiera (también denominada “atención de beneficencia”): La prestación de servicios de atención médica de forma gratuita o con descuento a personas que cumplan los criterios establecidos de conformidad con lo establecido 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 anotados como dependientes para fines fiscales se emplean como pautas para validar el tamaño de una familia al otorgar asistencia financiera.

Asistencia financiera presunta: La prestación de asistencia financiera para servicios médicamente necesarios a pacientes que no han completado un formulario de asistencia financiera de D-HH por falta de documentación de respaldo o de 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 algún tipo de seguro médico u otra fuente de pago de un tercero, y cuyos gastos de bolsillo exceden su capacidad de pago de conformidad con lo establecido 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 de 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.

Medicamento necesario/a: 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.

Electivo/a: 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 los centros de D-H, APD o CMC por cualquier proveedor empleado por D-HH. Además, los proveedores pueden brindar atención médica en establecimientos de D-H, APD o CMC como parte de una entidad no perteneciente a D-HH. Estos servicios no están cubiertos por la política de asistencia financiera de D-HH.

Dartmouth-Hitchcock Health: Para los propósitos de esta política, los miembros que integran el Sistema Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) son Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, y Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Todos los demás hospitales de New Hampshire y Vermont se consideran centros no asociados.

Esta política se aplica a los siguientes centros: Dartmouth-Hitchcock Clinic, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Alice Peck Day Memorial Hospital, New London Hospital y Cheshire Medical Center.

IV. Declaración normativa

Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) se ha comprometido 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-HH 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, e incluso después de que una cuenta haya sido enviada a una agencia de cobranza externa.

D-HH 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-HH 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-HH 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-HH puede tomar en caso de falta de pago, consulte nuestra política de créditos y cobranzas. 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 pacientes con VIH a fin de 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 Vermont, o bien ser una persona no residente que recibe tratamiento de emergencia en un centro de D-HH.
- 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 prestados en D-HH 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).
- Programa NH Cares HIV para la Parte C y la Parte D. Para cumplir los requisitos exigidos por el Estado de New Hampshire (fondos de NH Cares), el paciente primero debe solicitar NH Medicaid y haber sido rechazado. Si es rechazado, sus ingresos son inferiores al 500 % del FPL y el paciente es elegible y presenta los documentos requeridos, la subvención cubrirá los servicios ambulatorios para la atención médica del VIH únicamente. Esta subvención no cubre los servicios para pacientes internados; sin embargo, estos cargos son considerados para los gastos de bolsillo. Esta subvención requiere un límite o tope para los cargos, lo cual se basa en un porcentaje de los ingresos del paciente. Los cargos considerados para ese límite incluyen toda la atención médica, cuidado médico domiciliario y recetas, aunque no estén a cargo de proveedores de D-HH.

La asistencia financiera de D-HH siempre se aplica antes del límite máximo en los cargos. Los activos no se calculan para el límite máximo de las Partes C y D en los cargos.

Requisitos para el programa:

- Diagnóstico de VIH (Parte C)
- Diagnóstico de VIH o familiar de mujer/niño con VIH

Requisitos para el programa NH State HAB (NH Cares):

- Residente de NH
- Diagnóstico de VIH
- Ingresos de hasta el 300% del FPL
- Debe solicitar Medicaid al menos una vez al año

La tabla incluida a continuación indica el porcentaje de los ingresos que un paciente deberá pagar de su bolsillo antes de que D-HH deje de cobrarle algún ítem (copagos, coseguros, deducibles o tarifas de visitas) por cualquier servicio adicional.

Ingreso individual	Cargo máximo
100 % o menos de la actual pauta federal de pobreza	\$0
Del 101 % al 200 % de la actual pauta federal de pobreza	No más del 5 % del ingreso bruto anual (ejemplo: ingresos de \$18,000; límite de \$500 en cargos)
Del 201 % al 300 % de la actual pauta federal de pobreza	No más del 7 % del ingreso bruto anual (ejemplo: ingresos de \$33,000; \$2,310)
Más del 300 % de la actual pauta federal de pobreza	No más del 10 % del ingreso anual bruto (ejemplo: ingresos de \$49,000; \$4,900)

- Los documentos de ingresos deben obtenerse de cada paciente de acuerdo a las subvenciones de las Partes C o D al menos una vez al año, y los ingresos deben verificarse cada 6 meses si la decisión de D-H FAA se extiende por más de 6 meses. La información de respaldo puede ser uno de los siguientes documentos:
 - Declaración de impuestos más reciente
 - Talón de pago reciente
 - Aviso de verificación de desempleo
 - Asignación de cupones de alimentos
 - Ingreso del Seguro Social
- Se prefiere que el paciente complete la solicitud financiera especial para VIH, aunque también se acepta la solicitud de D-HH. Es necesario obtener y rastrear la información adicional, tal como el alojamiento en vivienda.
- 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 nivel federal de pobreza (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.

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

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.

1. D-HH explorará fuentes alternativas de cobertura y/o pago de programas federales, estatales u otros programas y ayudará a los pacientes a inscribirse en ellos. Con respecto a los saldos existentes después de que dichas fuentes hayan sido agotadas, D-HH llevará a cabo una evaluación individual de las necesidades financieras del paciente a fin de determinar si esa persona califica para recibir asistencia conforme a esta política, utilizando los siguientes procedimientos:
 - Un paciente o garante debe presentar una solicitud en un formulario aprobado por la gerencia de D-HH, y proporcionar documentación e información personal, financiera y de otro tipo como lo requiera D-HH para determinar si dicha persona califica para recibir asistencia, lo cual incluye documentación para verificar el ingreso familiar y los activos disponibles, así como otros recursos. Si D-HH no puede obtener por parte del paciente o del garante del paciente una solicitud o cualquier documentación de respaldo requerida, D-HH puede considerar si el paciente es elegible para recibir asistencia financiera presunta.
 - 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-HH puede utilizar uno o más proveedores para hacer indagaciones sobre determinadas personas a fin de determinar su elegibilidad, utilizando fuentes de datos disponibles públicamente que proporcionen información respecto a la capacidad de pago de un paciente o de su garante, así como su propensión 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, sin fuente de pago desde el centro correccional.
 - 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 que se disponga de información adicional correspondiente a la elegibilidad del paciente para recibir asistencia financiera, D-HH reconsiderará la necesidad financiera de la persona conforme a esta política.

D-HH reconoce las decisiones tomadas por los siguientes programas de asistencia, sin requerir copias de las solicitudes. D-HH se reserva el derecho de aceptar o rechazar decisiones tomadas fuera de las pautas de D-HH por parte de las siguientes organizaciones. 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
 - Paciente fallecido sin patrimonio (según lo confirmen el albacea o el Estado)
3. El objetivo de D-HH 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-HH rechaza brindar asistencia financiera de manera parcial o total, el paciente (o su representante) puede apelar la decisión en un plazo de 30 días. El paciente deberá enviar una carta al Director de Elegibilidad e Inscripción para explicar el motivo por el cual la decisión tomada por D-HH resulta inadecuada. La carta de apelación será revisada por D-HH 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-HH: 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:

- Un ingreso familiar de hasta 225 % del FPL recibirá una asistencia financiera del 100 %
- 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 %
- 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 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.

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 retrospectivo de Medicare para 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, coseguro, monto deducible, prepago o servicio en paquete que ya refleje cualquier descuento requerido, ni a servicios clasificados como no cubiertos por todas las compañías aseguradoras.

Para el año fiscal que se extiende del 1-JUL-2021 al 30-JUN-2022, se aplican los siguientes descuentos:

Dartmouth-Hitchcock Clinic	61.6 %
Mary Hitchcock Memorial Hospital	61.6 %
Cheshire Medical Center	64.3 %
Alice Peck Day Memorial Hospital	30.8 %
New London Hospital	51.7 %

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

- Cualquier representante o integrante del personal de D-HH, incluso médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos, puede referir a pacientes para asistencia financiera. 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-HH —lo cual incluye 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-HH— estará disponible al público y a los pacientes de D-HH mediante los mecanismos descritos a continuación, entre otros:
 - En los sitios web de D-HH
 - 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-HH
 - 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 One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	Dartmouth-Hitchcock Clinic Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Clinic Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (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	Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430
Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579	New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-2911	

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-HH que no hayan participado en el proceso original revisará la apelación y hará las recomendaciones pertinentes en todas las apelaciones de denegación.

G. Elegibilidad presunta para asistencia financiera

D-HH puede utilizar los servicios de un tercero para una revisión de la información del paciente a fin de determinar 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 una puntuación de capacidad socioeconómica y financiera, la 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 calibra con las aprobaciones anteriores de asistencia financiera del sistema Dartmouth-Hitchcock Health.

La información del modelo predictivo puede ser utilizada por D-HH 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 derivar 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 de presunción.

La “caridad presunta” no reemplaza los procesos tradicionales contemplados en nuestra política de asistencia financiera (FAP), sino que se utiliza para complementar esas iniciativas. Está destinada a pacientes que de otra manera no responden al proceso tradicional de FAP. En un intento por eliminar barreras para estos pacientes y mejorar los beneficios que reciben, el hospital utiliza un proceso de evaluación electrónica antes de derivar las deudas incobrables. Los pacientes considerados elegibles para caridad presunta no serán derivados a una agencia de cobranza de deudas incobrables.

La inclusión en este programa se basa en un algoritmo de puntuación que utiliza información de registros públicos y normalmente no utiliza una escala de tarifas móvil. En los casos en que se aplica caridad presunta no se permite la aplicación de descuentos parciales. Las poblaciones demográficas específicas que se procura incluir son las siguientes:

- Persona fallecida sin patrimonio o familia conocida
- Persona en tránsito, sin hogar
- Personas alejadas de sus familias, sin grupo de apoyo
- Pacientes que no responden o no pueden completar el proceso tradicional

La puntuación para caridad presunta incorpora un factor socioeconómico y datos no basados en el crédito. El proceso de selección aprovecha las bases de datos públicas que contienen la siguiente información:

- Transacciones de consumidores
- Registros judiciales
- Propiedad de activos

- Propietarios de inmuebles con comparación con arrendatarios
- Datos demográficos y económicos de la región
- Situación laboral
- Archivos de servicios públicos
- Información gubernamental
- Archivos (quiebras, números de Seguro Social, personas fallecidas)

La caridad presunta no se basa en datos de informes de agencias de crédito y no tiene ningún efecto sobre los informes de crédito. La información obtenida incorpora una puntuación de caridad presunta de 0 (más necesitados) a 1000 (menos necesitados). La información predice la necesidad del garante en función de los factores conocidos, que incluyen, entre otros, ingresos, activos y liquidez.

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.

H. Niveles de determinación de beneficencia

- Los niveles de aprobación son los siguientes:

Cargo	Dartmouth-Hitchcock	Hospitales miembros
Vicepresidente/Director Financiero/Presidente	> \$350,000	> \$100,000
Director de Administración de Ingresos	> \$50,000	> \$50,000
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

I. Exclusiones de asistencia financiera – Servicios

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)

- Capsulectomía mamaria con implantes
- Mastopexia (levantamiento mamario)
- Ginecomastia (extirpación de la glándula mamaria en hombres)

- Mastectomía (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

d. Otro

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

e. Asistencia financiera SOLO después de que se haya aprobado la necesidad médica

- Cirugía bariátrica

f. 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 lo desestiman.

g. Excepciones

- 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-HH si están relacionados con el episodio de atención médica.
- Las políticas y procedimientos serán delineados para los servicios conocidos y mantenidos por el Equipo de Recursos de Acceso de Pacientes.
- Estos serán revisados anualmente para las modificaciones pertinentes.
- La dirección de acceso a pacientes y el Vicepresidente de Administración de Ingresos revisarán los casos individuales para aprobar dicha excepción.

h. 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
- Alice Peck Day – Medstream Anesthesia
- Alice Peck Day – Upper Valley Neurology and Neurosurgery (UVNN)
- Alice Peck Day – Envision (ED y hospitalista)*
- New London Hospital – Concord Orthopaedics (profesional)
- New London Hospital – Concord Podiatry (profesional)
- New London Hospital – Concord Urology (profesional)
- New London Hospital – Counseling Associates (profesional)
- New London Hospital – Dr. Richard Rosata – Cirugía oral y maxilofacial (profesional)
- New London Hospital – Valley Regional Healthcare (profesional)
- New London Hospital – Peraza Dermatology Group (profesional)
- New London Hospital – Optical Shop
- New London Hospital – Servicios de partera (profesional)

* Contrato rescindido

V. Referencias N/A

Las copias impresas son SOLO para utilizar como referencia. Para acceder a la versión más reciente, consulte la copia electrónica.

ID de referencia núm. 179, versión núm. 11

Fecha de aprobación: 08/11/2021

Propietario responsable:	División de Finanzas Corporativas	Contacto(s):	Kimberly Mender
Aprobado por:	Director General - Finanzas; Comité de Apoyo de Políticas (COPS); Oficina de Apoyo de Políticas - Solo políticas de la organización; Gross, Daniel; Kays, Kieran; Naimie, Tina; Roberts, Todd	Versión núm.:	11
Fecha de aprobación actual:	08/11/2021	ID del documento anterior:	RMD.0031
Fecha en que la política entrará en vigor:	08/11/2021 Aprobado por el Comité de Finanzas de MHMH/DHC el 23-JUN-16; Consejo de Administración de MHMH/DHC 24-JUN-2016		
Políticas y procedimientos relacionados:	Política de descuentos para pacientes no asegurados – División de Administración de Ingresos Política de créditos y cobranzas Política de pago presupuestario – División de Administración de Ingresos		
Auxiliares de trabajo relacionados:			

Las copias impresas son SOLO para utilizar como referencia. Para acceder a la versión más reciente, consulte la copia electrónica.

ID de referencia núm. 179, versión núm. 11

Fecha de aprobación: 08/11/2021