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 Health (DH) 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 DH:

- 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 de DH para hacer pública la política dentro de la comunidad a la que sirve.

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 del 2010; y será modificada periódicamente en la medida que lo requiera la ley aplicable.

II. Alcance de la política

Esta política se aplica a cualquier proveedor de DH que trabaja en cualquier centro de DH responsable de prestar atención médica de emergencia u otra atención médicamente necesaria y facturada por un proveedor de DH.
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 DH por cualquier proveedor empleado por DH.

III. Declaración de No discriminación

Dartmouth Health no discrimina por motivos de raza, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, religión, ascendencia, origen nacional, ciudadanía o estado migratorio, idioma principal, discapacidad, afección médica o información genética en la prestación de asistencia financiera para pacientes o en la implementación de su política de asistencia financiera.

IV. Definiciones

Asistencia financiera (también denominada "atención de beneficencia"): Prestación de servicios de atención médica de forma gratuita o con descuento a personas que cumplen los criterios establecidos 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, se contará al adulto discapacitado 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 para quienes no se ha completado un Formulario de asistencia financiera de DH 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: Grupo de personas que residen principalmente en el mismo hogar y que tienen una unión legal (consanguineidad, matrimonio o adopción), así como los padres que no están casados y tienen uno o más hijos en común. El hogar de un paciente incluye al paciente, un 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: Paciente que no tiene seguro médico ni otra fuente de pago de un tercero para su atención médica.

Paciente con seguro insuficiente: 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: Total de cargos de las tarifas establecidas por la organización por 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 integridad de la mujer o del bebé por nacer, en caso de traslado o alta.

Médicamente 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: Artículo o servicio de atención médica que no se considera médicamente necesario.

Exclusiones de asistencia financiera: Servicios que no se consideran médicamente necesarios o se consideran electivos. Esta política se aplica a la atención provista por Dartmouth Health. Estos servicios no están cubiertos por la política de asistencia financiera de DH.

Dartmouth Health: Para los propósitos de esta política, los miembros que integran el Sistema Dartmouth Health (DH) son Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial 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 aplica a aquellos centros asociados a DH usando el sistema EPIC.

V. Declaración normativa

Dartmouth Health (DH) 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.

DH 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 es enviada a una agencia de cobranza externa.

DH 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. De conformidad con lo establecido en la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Trabajo de Parto Activo (EMTALA), ningún paciente deberá someterse a una evaluación 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 DH 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 general y para la protección de sus bienes individuales.

DH 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 DH 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. 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. DH explorará fuentes alternativas de cobertura 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, DH 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 DH, y proporcionar documentación e información personal, financiera y de otro tipo como lo requiera DH para determinar si dicha persona califica para recibir asistencia, incluida, de manera enunciativa, documentación para verificar el ingreso familiar y los activos disponibles, así como otros recursos. Si DH no puede obtener, por parte del paciente o del aval del paciente, una solicitud o cualquier documentación de respaldo requerida, DH 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:
    - DH 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 sobre 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, 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, para una (1) cuenta únicamente, siempre y cuando el saldo en dicha cuenta sea inferior a $1000.

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, si el servicio no está 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, DH reconsiderará la necesidad financiera de la persona, conforme a esta política.

   DH reconoce las decisiones tomadas por los siguientes programas de asistencia, sin requerir copias de las solicitudes. DH se reserva el derecho de aceptar o rechazar decisiones tomadas fuera de las pautas de DH por parte de las siguientes organizaciones. Todos los copagos y otros montos aplicables que son responsabilidad del paciente deben solicitarse conforme a los requisitos de dichos programas.

   - Tarjeta de Red de Acceso a la Atención de la Salud de NH solo para pacientes asegurados
   - Good Neighbor Health Clinics
   - Amoskeag Health
   - Lamprey Health
   - 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. DH 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 DH niega asistencia financiera de manera parcial o total, el paciente (o su representante) puede apelar la decisión en un plazo de 60 días. El paciente debe enviar una carta al Director de elegibilidad e inscripción para explicar el motivo por el cual la decisión tomada por DH fue inadecuada. La carta de apelación será revisada por DH, y se enviará una decisión definitiva al paciente en un plazo de 30 días posteriores a la recepción de la solicitud de apelación.

B. 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 Vermont, o bien ser una persona no residente que recibe tratamiento de emergencia en un centro de DH.
- 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 por 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 400% del nivel federal de pobreza (FPL).
- Tener un Ingreso familiar bruto por debajo de del 600% del FPL y saldos acumulados adeudados por servicios prestados en DH superiores al 20% del ingreso familiar de un (1) año, incluidos los ahorros (ver abajo).

- Los ahorros (que incluyen cuentas de ahorro, pensión alimenticia o certificados de depósito) están protegidos hasta el 400% del nivel federal de pobreza (FPL).
- 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 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 es más grande si el paciente se inscribe en un plan de salud calificado que si no lo hace.

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 DH: División de administración de ingresos (el enlace se incluye a continuación).

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

Pacientes asegurados: Los pacientes asegurados tendrán un descuento aplicado a sus gastos de desembolso.

Para los pacientes asegurados cuyo ingreso del grupo familiar sea igual o inferior al 250% del nivel federal de pobreza (FPL), se eliminarán (es decir, se aplicará un descuento del 100%) todos los costos de desembolso por servicios de emergencia y servicios médicamente necesarios (es decir, la atención será gratuita). Para los pacientes asegurados cuyo ingreso del grupo familiar sea:

- 251% - 300% del FPL, el descuento será del 75%
- 301% - 350% del FPL, el descuento será del 50%
- 351% - 400% del FPL, el descuento será del 40%

Pacientes no asegurados: Los pacientes no asegurados que sean elegibles para asistencia financiera tendrán un descuento aplicado al monto normalmente facturado por los servicios de emergencia y los servicios médicamente necesarios prestados.

Para los pacientes sin seguro cuyo ingreso del grupo familiar sea igual o inferior al 250% del FPL, se eliminará (es decir, se aplicará un descuento del 100%) el monto normalmente facturado por los servicios de emergencia y los servicios médicamente necesarios (es decir, la atención será gratuita). Para los pacientes no asegurados cuyo ingreso del grupo familiar sea:

- 251% - 300% del FPL, el descuento será del 75%
- 301% - 350% del FPL, el descuento será del 50%
- 351% - 400% del FPL, el descuento será del 40%

En situaciones catastróficas, para pacientes asegurados o no asegurados: si el monto total adeudado por servicios de emergencia y servicios médicamente necesarios excede el 20% del ingreso del grupo familiar, entonces el monto adeudado se reducirá para que sea equivalente al 20% del ingreso del grupo familiar del paciente.

- Todos los descuentos distintos a los descritos anteriormente deben ser aprobados por el Comité de Apelaciones de Asistencia Financiera, en base a una apelación por escrito del paciente o parte responsable.
- Los pacientes que cumplen los requisitos para la presunta asistencia financiera recibirán 100 % de asistencia financiera.
- La Asistencia financiera será efectiva durante los siguientes períodos, según la fecha de la firma de la solicitud:
  - Familia trabajadora: seis (6) meses
  - Familia con ingresos fijos: doce (12) meses
  - Familia desempleada: tres (3) meses
  - Residentes de otro estado: un (1) mes

  A los pacientes sin seguro médico, incluso los que tienen seguro insuficiente, que califican para asistencia financiera conforme a esta política, no se les podrá cobrar una cantidad mayor al monto cobrado generalmente a pacientes que sí tienen un seguro médico que cubre la misma atención. Dartmouth Health 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 implementa 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.

  Se aplican los siguientes descuentos para el año fiscal 2026, que se extiende del 1 de octubre de 2025 al 30 de septiembre de 2026:

	Año fiscal 2024	Año fiscal 2025	Año fiscal 2026
Dartmouth-Hitchcock Clinic	64%	65.7%	69.4%
Mary Hitchcock Memorial Hospital	64%	65.7%	69.4%
Alice Peck Day Memorial Hospital	44.0%	45.8%	46.1%
Cheshire Medical Center	68.5%	70.8%	72.4%
New London Hospital	50.6%	53.8%	54.3%
Visiting Nurse and Hospice of VT and NH	0%	0%	0%
Mt Ascutney			44.8%

D. Comunicación respecto a la Política de asistencia financiera de DH para pacientes y dentro de la comunidad

- Cualquier representante o integrante del personal de DH 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 DH —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 DH— estará disponible al público y a los pacientes de DH mediante los mecanismos descritos a continuación, entre otros:
  - En los sitios web de DH
  - 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 DH
  - Proporcionada en los principales idiomas que habla la población atendida por DH/CMC; se utilizan servicios de traducción conforme se necesitan
- Si se aprueba el saldo, se le envía una carta al paciente en la que se indica la aprobación.

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

- Programa NH Cares HIV Ryan White 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 DH. La asistencia financiera de DH 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 DH 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 anual bruto (ejemplo: ingresos de $18 000; $500 límite máximo en los cargos)
Del 201 % al 300 % de la actual pauta federal de pobreza	No más del 7% del ingreso anual bruto (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 DH FAA se extiende por más de 6 meses. Los documentos de respaldo pueden ser uno de los siguientes:
  - Declaración de impuestos más reciente
  - Comprobante 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 DH. Es necesario obtener y rastrear la información adicional, tal como la situación de vivienda.

F. Asistencia para completar las solicitudes

Usted puede recibir asistencia presencial 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) 526-5082	**Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH)** 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 (888) 330-8853
Mt Ascutney Hospital and Health Center 289 County Road Windsor, VT 05089 802-674-7471		

Usted seguirá siendo financieramente responsable por cualquier servicio que se le preste hasta que se reciba su solicitud completa.

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)

G. 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 subraya el motivo por el cual no fue aprobada. También se le enviará una carta detallando el proceso formal de apelaciones para cada denegación, así como con las cartas en las que se ofrece solamente una reducción parcial. El paciente tiene 60 días para apelar esta decisión.
- Un comité de tres líderes de DH que no participaron en el proceso original revisará la apelación y hará las recomendaciones pertinentes en todas las apelaciones de denegación mensualmente.

H. Elegibilidad presunta para asistencia financiera

DH 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 usa bases de datos de registros públicos. El modelo incorpora 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 Health.

La información del modelo predictivo puede ser utilizada por DH 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 sobre la opción de completar una solicitud de asistencia financiera. Las cuentas cesionarias que exceden 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. Para eliminar las 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 presunta caridad 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 móvil de tarifas. En los casos en que se aplica la caridad presunta no se permite la aplicación de descuentos parciales. Las poblaciones demográficas específicas a las que se procura incluir son las siguientes:

- Personas fallecidas sin patrimonio ni familia conocida
- Personas 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 que no se basan 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
- Propiedad de inmuebles versus arrendamiento
- 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, el hospital le reembolsará la cantidad que la persona haya pagado por la atención médica recibida.

I. 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 $10,000	Hasta $10,000
Supervisor – Conifer	Hasta $1000	Hasta $1000
Representante de Cuentas – Conifer	Hasta $500	Hasta $500

J. Exclusiones de asistencia financiera: Servicios

a. Consideraciones especiales

- La siguiente lista de procedimientos médicos no debe considerarse exhaustiva.
- Los servicios que no son 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. Las excepciones a esta política, como la reasignación de género que se considere médicamente necesaria, serán analizadas caso por caso.

c. Inseminación artificial

- Microanastomosis (reversión de ligadura de trompas)
- Vasovasostomía (reversión de vasectomía)
- Laparoscopía para el tratamiento de la esterilidad (programas de inseminación intrauterina, fecundación {i>in vitro<i}, transferencia intrafalopiana de gametos)
- Tratamiento de la esterilidad

d. Otro

- Acupuntura
- Servicios quiroprácticos
- Equipos de ayuda auditiva y reparaciones
- Anteojos
- Masajes terapéuticos
- Lente tórica
- Fármacos: medicamentos con y sin receta médica
- Clínica del viajero
- Estudio del cordón umbilical
- Ventas minoristas
- Servicios provistos por Renaissance Psychiatry of New England, LLC

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

a. 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 existen, 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 DH 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 Acceso de Pacientes a Recursos.
- Estos serán revisados anualmente para las modificaciones pertinentes.
- La dirección de Ciclo de Ingresos y el vicepresidente de Administración de Ingresos revisarán los casos individuales para aprobar dicha excepción.

h. Exclusiones de asistencia financiera – Proveedores ajenos a DH

Alice Peck Day Memorial Hospital

Amoskeag Anesthesia	Envision (Departamento de Emergencias y Médicos Hospitalistas)	

Cheshire Medical Center

Radiology Associates of Keene	Surgicare – Equipos Médicos	Monadnock Family Services
Amoskeag Anesthesia	Philip/Geneva	

Concord

Riverbend Community Mental Health	Servicios provistos por Concord Hospital	

Manchester

Foundation Medical Partners		

Nashua

Greater Nashua Mental Health Center (trabajadora social)	Nashua Anesthesiologist Group	St. Joseph's Hospital (servicios de fisioterapia y rehabilitación)

New London

Dr. Richard Rosata – Cirugía oral y maxilofacial (profesional)	Dr. Payal Verma – Cirugía oral y maxilofacial (profesional)	

Mary Hitchcock Memorial Hospital

OrthoCare Medical Equipment	Philips/Geneva	

Mt Ascutney Hospital

HCRS	Keene Medical	Dr. Knott, DMD
The Medical Store	MedStream Anesthesia	Orthocare
Peraza Dermatology Group	Tactile Medical	Willowbrook Prosthetics

VI. Referencias N/A

Propietario responsable:	División de Finanzas Corporativas	**Contacto(s):**	Kimberly Mender
Aprobado por:	Director General – Finanzas; Oficina de Apoyo a Políticas – Políticas de la organización únicamente; Cohen, Lisa; Fielding, Wendy; Muhlen, John; Roberts, Todd; Sanders, Tamera	**Versión núm.:**	15
Fecha de aprobación actual:	10/09/2025	**ID del documento anterior:**	RMD.0031
Fecha en que la política entrará en vigor:	10/09/2025		
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:			