

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 las leyes revisadas anotadas (RSA) de New Hampshire 151:12-b, sección 501(r) del Código de Impuestos Internos, Ley 119 de Vermont y la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de la Salud a Bajo Precio de 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

Monto generalmente facturado significa el importe que un hospital generalmente factura a las personas por servicios de atención médica de emergencia u otros servicios médicamente necesarios, que es determinado utilizando el “método de revisión” establecido en 26 C.F.R., Sección 1.501(r)-5(b)(3).

Agencia de informes crediticios significa una persona que, por tarifas, cuotas o de manera cooperativa, se dedica regularmente, de manera total o parcial, a la práctica de recopilar o evaluar información relativa al crédito o a otra información de un consumidor con el propósito de proporcionar un informe crediticio a otra persona.

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.

El Nivel Federal de Pobreza (FPL) es una medida de ingresos emitida cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Los niveles de pobreza federal se utilizan para determinar la elegibilidad para ciertos programas y beneficios, incluidos los ahorros en seguros de salud del Mercado, Medicaid, el Programa de Seguro Médico Infantil (CHIP) y asistencia financiera para pacientes hospitalizados.

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.

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.

Cargos brutos: Total de cargos de las tarifas establecidas por la organización por los servicios de atención médica del paciente.

Proveedor de atención médica significa una persona, asociación, corporación, establecimiento o institución licenciada, certificada o autorizada de otra manera por ley para proporcionar servicios profesionales de atención médica en este Estado a una persona durante su atención médica, tratamiento u hospitalización.

Servicios de atención médica significan servicios para el diagnóstico, prevención, tratamiento, cura o alivio de una condición física, dental, conductual o de salud mental o un trastorno por uso de sustancias, incluidos procedimientos, productos, dispositivos y medicamentos.

Hospital significa un hospital licenciado de conformidad con el capítulo 43, título 18 de las Leyes Anotadas de Vermont (VSA) o una clínica ambulatoria o establecimiento afiliado o que opera bajo la licencia de un hospital licenciado de conformidad con el capítulo 43, título 18 de VSA.

Ingreso del hogar significa el ingreso calculado de acuerdo con las metodologías financieras para determinar la elegibilidad financiera para los créditos fiscales de prima anticipada de conformidad con lo establecido en 26 C.F.R. Sección 1.36B-1 y 2, incluido el método utilizado para calcular la cantidad de miembros en el hogar, con las siguientes modificaciones:

- se tratará como miembros del mismo hogar a las parejas domésticas y cualquier persona que sea considerada dependiente de alguno de sus integrantes con fines de impuestos federales;
- se tratará como miembros del mismo hogar a las personas casadas que presentan declaraciones de impuestos federales por separado pero podrían presentar conjuntamente, y cualquier persona que se considere dependiente de uno o ambos cónyuges con fines de impuestos federales;
- no se considerarán miembros del mismo hogar las personas casadas que vivan separadas mientras esté pendiente su divorcio, independientemente de que presenten sus declaraciones de impuestos federales conjuntamente o por separado; y
- el ingreso familiar para las personas que no están obligadas a presentar una declaración de impuestos federales y para los inmigrantes indocumentados que no han presentado una declaración de impuestos federales, se calculará como si hubieran presentado una declaración de impuestos federales.

La cantidad de integrantes del hogar se determinará de acuerdo con la definición de “Ingreso del hogar” indicada anteriormente.

Activo líquido significa un activo que está en efectivo o que puede convertirse fácilmente en efectivo, como el efectivo, cuentas corrientes y de ahorros, mercados monetarios, acciones, bonos y certificados de depósito. A efectos de determinar la elegibilidad para asistencia financiera, los activos líquidos no incluyen la residencia principal del hogar, cualquier cuenta 401(k) o cuenta de jubilación individual, o cualquier plan de pensión.

Acreeedor médico significa el hospital al que un consumidor le debe dinero por servicios de atención médica.

Deuda médica significa una deuda derivada de la recepción de servicios de atención médica.

Cobrador de deudas médicas significa una persona o entidad que cobra o intenta cobrar regularmente, de manera directa o indirecta, deudas médicas originalmente adeudadas o vencidas, o afirmadas como adeudadas o vencidas, a otra persona o entidad.

Servicios de atención médica médicamente necesarios significan servicios de atención médica, que incluyen pruebas de diagnóstico, servicios preventivos y de atención posterior, que son apropiados para el diagnóstico o la condición del paciente en términos de tipo, cantidad, frecuencia, nivel, entorno y duración. La atención médicamente necesaria debe:

- informarse mediante evidencia médica o científica generalmente aceptada y ser coherente con los parámetros de práctica generalmente aceptados según lo reconocido por las profesiones de la salud en las mismas especialidades que típicamente proporcionan el procedimiento o tratamiento, o diagnostican o manejan la afección médica;
- informarse de acuerdo con las necesidades únicas de cada paciente y de cada situación presentada; y
- cumplir uno o más de los siguientes criterios:

- ayudar a restaurar o mantener la salud del paciente;
- prevenir el deterioro de la condición del paciente o paliar la condición del paciente; o
- prevenir la aparición razonablemente probable de un problema de salud o detectar un problema incipiente.

Gasto de bolsillo significa los gastos del paciente por la atención médica que no son reembolsados por el seguro. Los gastos de bolsillo incluyen deducibles, coseguro y copagos por servicios cubiertos, más todos los costos de los servicios que no están cubiertos.

Paciente significa la persona que recibe o recibió servicios de atención médica e incluirá a un padre si el paciente es menor de edad o a un tutor legal si el paciente es menor de edad o adulto bajo tutela.

Residente de VT significa una persona, independientemente de su ciudadanía e incluidos los inmigrantes indocumentados, que reside en Vermont, está empleada por un empleador de Vermont para prestar servicios a dicho empleador en este Estado durante el desempeño de sus funciones, o bien asiste a la escuela en Vermont, o una combinación de estas condiciones. El término incluye a una persona que vive en Vermont en el momento en que se reciben los servicios pero que carece de vivienda permanente estable.

Residente de NH De acuerdo con la ley de New Hampshire, un residente es cualquier persona que tenga su domicilio en el Estado con la intención de hacerlo su lugar principal de presencia física, por un futuro indefinido, excluyendo cualquier otro lugar.

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.

Dartmouth Health: Para los propósitos de esta política, los miembros que integran el Sistema de Salud Dartmouth-Hitchcock (DH) son Alice Peck Day (APD) Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH), Valley Regional Hospital (VRH) y Southwestern Vermont Medical Center (SVMC). 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. Se recomienda a las personas con capacidad financiera adquirir un seguro médico, aunque no es obligatorio hacerlo, como medio para garantizar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal general y para la protección de sus activos individuales.

DH no impondrá acciones de cobro extraordinarias a ningún paciente.

Para obtener información sobre las medidas que DH puede tomar en caso de falta de pago, consulte nuestra política de créditos y cobranzas. Usted puede obtener una copia 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 y/o pago de programas federales, estatales u otros programas y ayudará a los pacientes a inscribirse en ellos. Con respecto a cualquier saldo restante después de que se hayan agotado dichas fuentes, DH realizará una evaluación individual de la necesidad financiera de un paciente para determinar si califica para asistencia de acuerdo con esta política, utilizando los siguientes procedimientos:
 - Un paciente o garante debe presentar una solicitud mediante un formulario aprobado por la gerencia de DH, y proporcionar documentación e información personal, financiera y de otro tipo según lo requiera DH para determinar si dicha persona califica para recibir asistencia, incluida, sin limitación, documentación para verificar el ingreso familiar y los activos disponibles, así como otros recursos. Si DH no puede obtener una solicitud o cualquier documentación de apoyo requerida del paciente o su garante, DH puede considerar si el paciente es elegible para 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:
 - DH puede utilizar uno o más proveedores para evaluar a las personas a fin de determinar su elegibilidad, utilizando fuentes de datos disponibles públicamente que brindan información sobre la capacidad o propensión de un paciente o su garante para 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 para 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 anteriores a 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 indicado a continuación 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 no utilizará una determinación de otra organización para denegar la elegibilidad para asistencia financiera en DH. Todos los copagos y otros montos aplicables que son responsabilidad del paciente deben solicitarse conforme a los requisitos de dichos programas.

- 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 procesará una solicitud financiera y notificará la decisión al paciente por escrito dentro de los 30 días posteriores a la recepción de la solicitud completada.

B. Elegibilidad

Dartmouth Health ofrece dos tipos de asistencia financiera: general y catastrófica.

- **Asistencia financiera general:** Un paciente debe cumplir tres pruebas a fin de ser elegible para la asistencia financiera general: (1) la prueba de residencia, (2) la prueba de ingresos generales y (3) la prueba de activos líquidos.
- **Asistencia financiera catastrófica:** Un paciente debe cumplir dos pruebas a fin de ser elegible para la asistencia financiera catastrófica: (1) la prueba de residencia y (2) la prueba de ingresos catastróficos.

- C. Prueba de residencia:** A fin de ser elegible para la asistencia financiera general o catastrófica, un paciente debe, en el momento en que se prestan los servicios, ser residente de Vermont o New Hampshire, según lo indicado en la sección “Definiciones” de esta póliza, que aquí se copia:

Residente de Vermont significa una persona, independientemente de su ciudadanía e incluidos los inmigrantes indocumentados, que reside en Vermont, está empleada por un empleador de Vermont para prestar servicios a dicho empleador en este Estado durante el desempeño de sus funciones, o bien asiste a la escuela en Vermont, o una combinación de estas condiciones. El término incluye a una persona que vive en Vermont en el momento en que se reciben los servicios pero que carece de vivienda estable y permanente.

Residente de NH: De acuerdo con la ley de New Hampshire, un residente es cualquier persona que tenga su domicilio en el Estado con la intención de hacerlo su lugar principal de presencia física, por un futuro indefinido, excluyendo cualquier otro lugar.

No hay requisito de duración para la residencia en Vermont. Es irrelevante el tiempo que el paciente ha sido residente de Vermont, y Dartmouth Health reconoce explícitamente que las personas con inestabilidad de vivienda pueden ser de residentes de Vermont (incluso si acaban de mudarse a Vermont).

- D. Prueba de ingresos generales:** A fin de ser elegible para la asistencia financiera general, el ingreso familiar de un paciente debe ser igual o inferior al 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL). Para determinar el FPL del solicitante, Dartmouth Health utilizará la definición de “Ingresos del hogar” en la sección de “Definiciones” de esta política, que también contiene información sobre cómo determinar la cantidad de integrantes del hogar. Consulte también la sección “Procesamiento de solicitudes” de esta política para obtener asistencia adicional. La norma del FPL aplicable será para el año en que se prestaron o se están prestando los servicios.
- E. Prueba de activos:** A fin de ser elegible para la asistencia financiera general de pacientes, el hogar de un paciente no debe tener activos líquidos cuyo valor combinado sea del 400% del Nivel Federal de Pobreza (FPL) o más para la cantidad de miembros del hogar aplicable. Encontrará la definición de qué constituye un activo líquido en la sección de “Definiciones” de esta política.
- F. Prueba de ingresos catastróficos:** A fin de ser elegible para la asistencia financiera catastrófica, el ingreso del hogar de un paciente debe ser igual o inferior al 600% del FPL. Para determinar el FPL del solicitante, Dartmouth Health utilizará la definición de “Ingresos del hogar” en la sección de “Definiciones” de esta política, que también contiene información sobre cómo determinar la cantidad de integrantes del hogar. Para obtener más información también puede consultar la sección “Procesamiento de solicitudes” de esta política incluida a continuación. La norma del FPL aplicable será para el año en que se prestaron o se están prestando los servicios.
- G. Requisitos de elegibilidad e inscripción en el seguro médico:** Si un paciente es un inmigrante indocumentado, la negativa del paciente a solicitar un seguro de salud pública no se utilizará como motivo para negarle asistencia financiera. Para todos los pacientes, independientemente de su estado migratorio, la negativa del paciente a solicitar seguro médico privado no se utilizará como motivo para negarle asistencia financiera.
- H. Documentación de residencia:** Dartmouth Health no pedirá a un solicitante que proporcione prueba de residencia. Una solicitud de asistencia financiera firmada se considerará una declaración suficiente de que el solicitante cumple con la definición de residencia en Vermont o New Hampshire.

- I. Ingresos:** Un paciente debe proporcionar prueba de ingresos junto con su solicitud de asistencia financiera. Un paciente puede proporcionar su declaración de impuestos federal o estatal más reciente, o en lugar de presentar una declaración de impuestos, puede proporcionar recibos de nómina, documentación de asistencia pública u otra documentación aceptada como documentación válida de ingresos por el Departamento de Acceso a la Salud de Vermont, como un estado de cuenta bancario, un estado de pérdidas y ganancias, una carta de un empleador o una autocertificación en circunstancias atenuantes en las que no haya otra documentación disponible.

Nota: Los pacientes que sean inmigrantes indocumentados tendrán la opción de presentar otra documentación de ingresos del hogar, como un estado de pérdidas y ganancias, en lugar de una declaración de impuestos estatales o federales.

Dartmouth Health no requiere ninguna otra fuente de verificación de ingresos además de la documentación indicada anteriormente.

Dartmouth Health puede basarse en otra evidencia de elegibilidad, pero no exigirá a un paciente proporcionar ningún tipo de documentación que no esté indicada en esta política.

Dartmouth Health puede considerar que un paciente es elegible para asistencia financiera basándose en la información en poder del hospital. No utilizaremos la información en nuestro poder para denegar presuntivamente una solicitud.

Podemos eximir de los requisitos de documentación a nuestra discreción. Llame al (844) 647-6436 para solicitar una exención o indicar esta solicitud en la solicitud de asistencia financiera.

Determinación del ingreso familiar

Independientemente del tipo de documentación de ingresos que presente el solicitante, Dartmouth Health deberá calcular el ingreso familiar utilizando las metodologías financieras para determinar la elegibilidad financiera para los créditos fiscales de prima anticipada de acuerdo con lo establecido en 26 C.F.R., Sección 1.36B-1 y 2e.

Este es el “ingreso bruto ajustado modificado” (MAGI) del solicitante, definido en 26 CFR, Sección 1.36B-1(e)(1)-(2), y resumido por el Servicio de Impuestos Internos:

“El ingreso bruto ajustado modificado es el ingreso bruto ajustado en su declaración de impuestos federales más cualquier ingreso extranjero excluido, beneficios de Seguro Social no imponibles (incluidos los beneficios de jubilación ferroviaria de nivel 1) e intereses exentos de impuestos recibidos o devengados durante el año fiscal. No incluye Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)”. (Vea la pregunta 8 en la [Hoja de datos del IRS](#)): [Preguntas y respuestas sobre el Crédito Tributario de Prima](#))

Determinación de la cantidad de miembros del hogar

Dartmouth Health calculará la cantidad de miembros del hogar de acuerdo con las pautas establecidas en la definición de “Ingreso del Hogar” (ver la sección “Definiciones” más arriba).

J. Entrega de documentos de la política a los pacientes

En persona: Se dispone de copias impresas sin cargo de esta política y de la solicitud de asistencia financiera en las siguientes ubicaciones:

- área de admisiones de pacientes,
- Servicios de Elegibilidad e Inscripción en cualquier centro

Le ofreceremos una copia sin cargo de esta política a los pacientes como parte de su primera visita o, en el caso de servicios prestados en el hospital, durante los procesos de ingreso y alta.

Por teléfono: Los pacientes pueden llamar al (844) 647-6436 para solicitar una copia en papel gratuita de esta política y la solicitud de asistencia financiera.

En línea: Esta política, la solicitud de asistencia financiera y los materiales relacionados están disponibles en línea en [Financial Assistance | Patients & Visitors | DHMC and Clinics](#). Los pacientes también pueden acceder a estos documentos iniciando sesión en su portal del paciente y seleccionando BILLING (FACTURACIÓN), luego FINANCIAL ASSISTANCE (ASISTENCIA FINANCIERA).

Por correo: Se dispone del envío por correo de copias sin cargo esta política y de la solicitud de asistencia financiera, previa solicitud. Las personas pueden solicitar copias impresas escribiendo a la siguiente dirección:

Dartmouth-Hitchcock
One Medical Center Drive,
Lebanon, NH 03756

K. Facturación o estados de cuenta de cobro del paciente

Todos los estados de cuenta, ya sean enviados por este hospital o por un cobrador de deudas médicas, deberán incluir una declaración escrita de forma visible que indique que algunos pacientes pueden ser elegibles para asistencia financiera. Esta declaración debe incluir el número de teléfono al que un paciente puede llamar para obtener más información sobre nuestra política y el proceso de solicitud. También deberá incluir la dirección web de dónde están publicados esta política, la solicitud de asistencia financiera y el resumen en lenguaje sencillo están publicados.

Todos los intentos de comunicación oral o escrita por parte de un acreedor médico o un cobrador de deudas médicas, para cualquier centro de Dartmouth Health, a fin de cobrar una deuda médica derivada de servicios de atención médica prestados en este establecimiento debe incluir información sobre nuestra política de asistencia financiera. Dartmouth Health no vende deudas médicas.

L. 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 fuera del Estado (pacientes que no residen en NH o VT): 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 2026 al 30 de septiembre de 2027:

	Año fiscal 2024	Año fiscal 2025	Año fiscal 2026	Año fiscal 2027
Dartmouth-Hitchcock Clinic	64%	65.7%	69.4%	70.5%
Mary Hitchcock Memorial Hospital	64%	65.7%	69.4%	70.5%
Alice Peck Day Memorial Hospital	44.0%	45.8%	46.1%	48.6%
Cheshire Medical Center	68.5%	70.8%	72.4%	73.4%
New London Hospital	50.6%	53.8%	54.3%	54.6%
Dartmouth Health Home Care (VNH)	0%	0%	0%	0%
Mt Ascutney Hospital			44.8%	51.0%
Vally Regional Hospital				39.9%

M. 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, incluidos 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
 - Trabajadores sociales
 - Disponibles en los principales idiomas que habla la población atendida por Dartmouth Health; se proporcionarán servicios de intérpretes según sea necesario.
- Si el saldo es aprobado para recibir asistencia financiera, se le enviará una carta al paciente para informarle la aprobación.

N. 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 Street White River Junction, VT 05001 (888) 330-8853
Mt. Ascutney Hospital and Health Center 289 County Road Windsor, VT 05089 802-674-7471	Valley Regional Hospital 243 Elm Street Claremont NH 03743	

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>)

O. 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.

P. 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 familia, sin grupo de apoyo
- Pacientes inconscientes o que no puedan 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.

Q. 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

R. 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.

- Los procedimientos indicados a continuación generalmente son evaluados e identificados por los coordinadores de información financiera.
- Las excepciones a esta política, como las consideradas médicamente necesarias por los equipos de atención, serán analizadas caso por caso.

b. Procedimientos cosméticos electivos (no cubiertos)

- Capsulectomía mamaria con implantes
- Mastopexia (levantamiento mamario)
- Ginecomastia (extirpación de 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

c. Inseminación artificial

- Microanastomosis (reversión de ligadura de trompas)
- 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
- 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. Exclusiones de asistencia financiera – Proveedores no pertenecientes 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, Servicios Familiares
Anestesia: Amoskeag/Medstream	Orthocare	

Concord

Riverbend Community Mental Health	Servicios provistos por Concord Hospital	
-----------------------------------	--	--

Manchester

Foundation Medical Partners		
-----------------------------	--	--

Nashua

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

New London

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

Mary Hitchcock Memorial Hospital

OrthoCare Medical Equipment		
-----------------------------	--	--

Mt Ascutney Hospital

HCRS	Orthocare	ForMotion Clinic
The Medical Store	Peraza Dermatology Group	

Valley Regional Hospital

--	--	--

VI. Referencias N/A

Propietario responsable:	División de Finanzas Corporativas	Contacto(s):	Kimberly Mender
Aprobado por:	Oficina de Apoyo de Políticas – Políticas Organizacionales Únicamente; Cohen, Lisa; Fielding, Wendy; Mathiesen, Matthew; Muhlen, John; Roberts, Todd; Rockwell, Tamara; Sanders, Tamera	Versión No.	16
Fecha de aprobación actual:	18/AGO/2026	ID del documento anterior:	RMD.0031
Fecha en que la política entrará en vigencia:	18/AGO/2026		
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:			