
Número de política:	CS-8211-02
Título de la política:	Política de asistencia financiera de Regional Health
Aplicable para:	Regional Health
Departamento:	Servicios financieros para el paciente
Fecha de vigencia:	Julio de 2016
Fechas de revisión:	Enero de 2017 Noviembre de 2016 Septiembre de 2016
Sustituye:	Política de asistencia financiera de Regional Health (CS-8211-02)
Políticas mencionadas:	
Anexos:	
Escrita por:	Amber Blair, Asistente Ejecutiva
Revisada por:	Mark Thompson, Director Financiero John Vetsch, Vicepresidente de Ciclo de Ingresos
Aprobada por:	Paulette Davidson, Directora de Operaciones

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA

Regional Health es una organización sin fines de lucro comprometida con brindar servicios de atención médica compasivos, de gran calidad y económicos a las comunidades a las que atendemos. Como parte de esta misión, Regional Health reconoce su obligación de brindar atención médica a todas las personas que la necesiten, independientemente de su capacidad de pago. El Programa de asistencia financiera de Regional Health brinda ayuda a los pacientes con un saldo a su cargo por atención médica episódica. Esta política proporciona información sobre los servicios cubiertos. La asistencia financiera puede consistir en una condonación total o parcial de la deuda.

Esta política describe las normas y las directrices con las que Regional Health determina la elegibilidad para el Programa de asistencia financiera. Las personas que viven dentro del área de servicio definida de Regional Health, que tienen necesidad de atención médica y que no son elegibles para inscribirse en un programa gubernamental, o que, de otro modo, no pueden pagar una atención médica de emergencia u otro tipo de atención médicamente necesaria, pueden ser elegibles para recibir la asistencia financiera. Los servicios electivos que no son médicamente necesarios no son elegibles para el Programa de asistencia financiera.

Anexos a la política:

- A - Lista de exclusiones B - Definiciones
- C - Residencia de medicina familiar
- D - Beneficencia y remisiones 501 c3

Consulte regionalhealth.com para obtener la siguiente información:

- Lista de proveedores
- Solicitud para el Programa de asistencia financiera
- Matriz de ingresos y de reducción deudas
- Resumen del Programa de asistencia financiera en un lenguaje sencillo

DIRECTRICES

Aviso sobre el Programa de asistencia financiera para los servicios hospitalarios:

I. Proceso de acceso del paciente

- A. En cada punto de entrada, habrá disponibles folletos que explican la política del Programa de asistencia financiera, una copia de la política y formularios de solicitud para recibir la asistencia financiera.
- B. Se exhibirán anuncios de manera visible que adviertan a los pacientes sobre la disponibilidad de la asistencia financiera.
- C. Un resumen que describe el Programa de asistencia financiera en un lenguaje sencillo acompañará el estado de cuenta enviado al paciente por los servicios hospitalarios.
- D. La Política de asistencia financiera, el resumen en un lenguaje sencillo y la solicitud para la asistencia financiera se proporcionarán gratis si lo solicita y también estarán disponibles en el sitio web del hospital, www.regionalhealth.com.

II. Proceso de solicitud

- A. La solicitud para la asistencia financiera puede ser completada por los pacientes o por un miembro financieramente responsable de la familia antes o después de que se presten los servicios.
 - i. Las solicitudes y toda la documentación de respaldo obligatoria deben enviarse por correo al PO Box 3450, Rapid City, SD 57709, o pueden entregarse en cualquiera de los centros de atención de Regional Health.
- B. Se emprenderán todas las iniciativas razonables a fin de determinar si una persona es elegible para participar en el Programa de asistencia financiera.
 - i. En el momento de la admisión/inscripción, se evaluarán la fuente del pago y la capacidad de pago del paciente en función de las obligaciones establecidas por la Ley de Tratamiento de Emergencias Médicas y Trabajo de Parto (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA).
 - ii. Ayuda gubernamental: al momento de determinar si una persona reúne los requisitos para recibir la asistencia financiera, se deben considerar primero otros programas gubernamentales o del condado.
 - 1. Regional Health provee y contrata defensores externos de pacientes (buscadores de fondos) a fin de ayudar a las personas a determinar su elegibilidad para recibir ayuda del gobierno u otra ayuda según corresponda.
 - iii. Se les pedirá a los pacientes que soliciten y agoten todas las fuentes de pago para las que son o podrían ser elegibles, inclusive la cobertura mediante cualquier pagador tercero, Medicare, Medicaid o programas de seguro médico federales o estatales similares, antes de poder inscribirse en el Programa de atención de beneficencia. El equipo de Servicios financieros para el paciente ayudará a los pacientes o a las partes financieramente responsables a hacer arreglos de pago si no hay ningún tipo de ayuda disponible (es decir, federal, estatal, local ni privada) o si no son elegibles para inscribirse en el Programa de atención de beneficencia de Regional Health.
- C. Se emprenderán todas las iniciativas razonables para informar a un paciente sobre el Programa de asistencia financiera, lo que incluye una notificación que informe que el período de solicitud finaliza a los 120 días de la fecha en que el centro emite el primer estado de cuenta al paciente. Durante este período de notificación, Regional Health hará lo siguiente:
 - i. Distribuirá un resumen en un lenguaje sencillo y ofrecerá una solicitud de asistencia financiera antes del alta.

- ii. Entregará un resumen en un lenguaje sencillo con un estado de cuenta. Brindará a los pacientes al menos un aviso por escrito que describa las acciones extraordinarias de cobro que podrían iniciarse si el paciente no completara la solicitud de asistencia financiera ni pagara el monto adeudado en el plazo determinado, que es de al menos 30 días luego de que se entrega el aviso escrito, pero no antes del final del período de notificación de 120 días. Las acciones extraordinarias de cobro que podrían iniciarse se describen en la política de cobro de Regional Health, CS-8211-19. Se puede obtener una copia gratuita de esta política en el sitio web de Regional Health en www.regionalhealth.com o comunicándose con Servicios financieros para el paciente.

- D. Además del período de notificación, las iniciativas razonables también incluirán un período de solicitud de 120 días adicionales, durante el cual el paciente aún podrá completar una solicitud de asistencia financiera. El período combinado de notificación y solicitud es de 240 días en total desde la fecha del primer estado de cuenta. Durante el período de solicitud, Regional Health puede iniciar acciones extraordinarias de cobro; sin embargo, si Regional Health recibe una solicitud para el FAP (Programa de asistencia financiera) durante el período de solicitud, las acciones extraordinarias de cobro se suspenderán hasta que se determine si el paciente es elegible o no para el Programa de asistencia financiera. En el caso de que se entregue una solicitud de asistencia financiera incompleta durante este período, se proporcionará al paciente información para ayudarlo a completar la solicitud o la documentación necesaria para hacer la revisión de la solicitud de asistencia financiera, lo que incluye un resumen de la Política de asistencia financiera en un lenguaje sencillo. Se entregará al paciente un aviso por escrito que informa que las acciones extraordinarias de cobro se reanudarán si no se completa la solicitud antes del plazo especificado, que es de al menos 30 días luego de que se entregue el aviso escrito.
- E. Si el paciente no entrega la solicitud de asistencia financiera durante el período de notificación o dentro del plazo especificado en el aviso por escrito, se reanudarán las acciones extraordinarias de cobro.
- F. **No se aceptará ninguna solicitud relacionada con servicios que excedan los 240 días desde la fecha del 1.^{er} estado de cuenta.**

III. Directrices de procesamiento y criterios de calificación:

- A. Proceso de determinación de elegibilidad para la asistencia financiera (Atención médica de Beneficencia):
 - i. Regional Health se regirá por una metodología ya establecida a fin de determinar la elegibilidad para el Programa de asistencia financiera. La metodología considerará si los servicios de atención médica cumplen con las definiciones de atención de emergencia u otros criterios de necesidad médica, así como también con los requisitos de ingresos, activos netos, tamaño de la familia y recursos disponibles para pagar la atención médica.
 - ii. La información de la solicitud financiera del solicitante (consultar el formulario n.º 20-8261-0022-0506, Solicitud de asistencia financiera, en el sitio web de RCRH) y de la documentación de respaldo se usará en la matriz de ingresos, tal como se encuentra disponible en el sitio web de Regional Health, para determinar la cantidad de asistencia financiera calificada que se otorgará.
 1. La verificación podría incluir la declaración de impuestos federales más reciente del solicitante y los recibos de sueldo actuales de tres (3) meses, así como también los activos o el patrimonio neto del solicitante.

- iii. La condonación para la reducción de deudas de la asistencia financiera se basará en una matriz de ingresos, tal como se encuentra disponible en el sitio web de Regional Health, y utiliza las directrices actuales de ingresos del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL). La matriz de ingresos se actualizará anualmente, a medida que se divulguen las directrices del FPL. En el momento de determinar la elegibilidad, se considerarán los activos líquidos del paciente y se tratarán como ingresos.
 - iv. De conformidad con el Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code) 501(r), el monto que se cobrará por la atención de emergencia u otros tipos de atención médicamente necesaria que se brinden a las personas elegibles para recibir la ayuda del Programa de asistencia financiera se determinará utilizando el método prospectivo de Medicare, en el que el monto generalmente facturado (amount generally billed, AGB) es igual a la suma de los pagos que se esperan de Medicare y del beneficiario de Medicare. Se hará este cálculo para cada tipo de servicio. Puede obtener información sobre el modo en que se calcula el AGB comunicándose con Servicios financieros para el paciente.
 - v. A los pacientes elegibles no se les cobrará más del AGB por los servicios cubiertos.
- B. Notificación de elegibilidad para la asistencia financiera y período de cobertura para los pacientes que fueron determinados como elegibles para inscribirse en el FAP:
- i. Se proporcionará al paciente una notificación que muestra el monto adeudado, si existiese alguno, una explicación de cómo el centro determinó el monto que el paciente adeuda como persona elegible para recibir la ayuda del FAP y una explicación del método utilizado para determinar el AGB por la atención médica brindada.
 - ii. El centro reembolsará al paciente cualquier pago personal que exceda el monto adeudado como persona elegible para recibir la ayuda del FAP.
 - iii. El centro tomará las medidas razonables para revertir cualquier actividad extraordinaria de cobro.
 - iv. La elegibilidad se determina y aprueba para cada episodio de atención médica.
- C. Los pacientes/garantes que sufran una pérdida repentina de ingresos podrían reunir los requisitos del Programa de asistencia financiera en función de los recibos de sueldo de tres (3) meses o la documentación proveniente de fuentes como los Servicios Sociales, The Midland Group, etc., que confirmen la declaración de pérdida de ingresos.
- D. Las circunstancias que podrían descalificar a un paciente para recibir la asistencia financiera son las siguientes:
- i. Fraude (proporcionar información falsa en la Solicitud de asistencia financiera).
 - ii. El hecho de que el paciente o el representante legal/garante no respondan a las solicitudes de información.
 - iii. El hecho de negarse a completar toda la Solicitud de asistencia financiera.
 - iv. El hecho de negarse a brindar la documentación obligatoria sobre los ingresos y activos.
 - v. Ingresos suficientes.
 - vi. El hecho de retener el pago al seguro o los fondos de liquidación para el seguro.
 - vii. El hecho de no completar las solicitudes de admisión de Medicaid y de Ayuda a los Pobres del Condado (County Poor Relief).
 - viii. El hecho de no participar ni cooperar con los buscadores de fondos.
- E. Presunta beneficencia: los pacientes/garantes pueden recibir la aprobación para la asistencia financiera mediante una solicitud verbal, sin completar una solicitud escrita o sin su conocimiento. La Presunta beneficencia se utiliza cuando el personal de RR. HH. cree, con un alto grado de certeza, que el paciente/garante no tiene la capacidad de pagar por los servicios prestados. La Presunta beneficencia puede darse de las siguientes maneras:

- i. Pacientes con un historial de deudas incobrables cerradas y devueltas por incapacidad de pago por nuestras agencias externas de cobro de terceros.
- ii. Pacientes cuya información socioeconómica indica claramente que no pueden pagar.
 - A. Pacientes que residen en un albergue para personas sin hogar.
 - B. Pacientes difuntos y sin patrimonio localizado.
 - C. El estado de salud del paciente, su edad, situación laboral, estado civil y el tamaño de la deuda se combinan para presentar una alta probabilidad de incapacidad de pago.
 - D. Otras circunstancias en las que una persona razonable concluiría que la deuda por la prestación de servicios no se pagará.
 - E. Herramienta de puntuación de Experian.
 - F. Aprobación anterior para el FAP.

IV. Otras consideraciones del Programa de asistencia financiera

La aprobación para la asistencia financiera y cualquier otra atención brindada y cubierta por el Programa de asistencia financiera no obliga a Regional Health a brindar atención médica continua, a menos que las leyes o normas estatales o federales exijan lo contrario.

Factores que no se tendrán en cuenta:

Los siguientes factores no se tendrán en cuenta al momento de hacer una recomendación para recibir la asistencia financiera o para otorgar ayuda: deudas incobrables según la definición del anexo B, ajustes contractuales, pagos insuficientes percibidos por operaciones, casos pagados mediante una aportación caritativa, programas de servicios o extensión comunitarios, o la situación laboral. En otras palabras, estas fuentes de ingresos monetarios no tienen ningún peso en la elegibilidad del paciente.

Igualdad de oportunidades:

Al momento de tomar decisiones sobre la asistencia financiera, Regional Health se compromete a hacer cumplir las diversas leyes federales y estatales que prohíben la discriminación por motivos de raza, sexo, edad, religión, país de origen, estado civil, orientación sexual, discapacidad, servicio militar o cualquier otra clasificación protegida por las leyes federales, estatales o locales.

Entidades no cubiertas de conformidad con la Política del programa de asistencia financiera:

En el Programa de asistencia financiera no se incluyen la atención a largo plazo, los centros de vivienda con asistencia, el equipo médico domiciliario (home medical equipment, HME)/equipo médico duradero (durable medical equipment, DME) (sin incluir suministros de tratamientos respiratorios), ni cualquier otro servicio no brindado normalmente por el hospital de cuidados agudos tradicional.

Centro de cuidados paliativos:

Los pacientes que buscan ser admitidos en un centro de cuidados paliativos, ya sea como paciente hospitalizado general o residente, pueden ser elegibles para recibir la asistencia financiera. Los servicios brindados por un centro de cuidados paliativos serán considerados como servicios que no son de emergencia; por lo tanto, pueden no estar incluidos en la elegibilidad para la asistencia financiera. El Director del Centro de Cuidados Paliativos y el Director de Ciclo de Ingresos revisarán todas las solicitudes de asistencia financiera antes de la admisión al centro de cuidados paliativos.

Otras consideraciones

El Director Financiero de Regional Health podría aprobar reducciones en la asistencia financiera para aquellos pacientes que no cumplan con los requisitos específicos descritos en esta política.

EXCLUSIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA, ANEXO A

Aborto. Cargos por procedimientos de aborto, excepto que sean **médicamente necesarios** debido a una violación, incesto, o cuando la vida de la madre corra peligro por llevar el embarazo a término. Las complicaciones de un aborto no cubierto están cubiertas.

Actividad ilegal. Cargos incurridos como resultado de una **enfermedad** o **lesión** producidas, de forma directa o indirecta, por un acto ilegal grave, un disturbio o perturbación del orden público. Para fines de esta exclusión, el término “acto ilegal grave” se referirá a cualquier acto o serie de actos por los que, si son procesados como un delito penal, se podría imponer una pena de prisión de más de un año. Para que se aplique esta exclusión no es necesario que los cargos penales sean presentados o, si son presentados, que se produzca una condena o que se imponga la pena de prisión de más de un año. No se requiere más prueba que una duda razonable. Esta exclusión no se aplica si la **enfermedad** o **lesión** resultan de un acto de violencia doméstica o un estado médico (tanto físico como mental).

Acupuntura y acupresión. Shiatsu, estimulación eléctrica del periostio, terapia de quelación, terapia estimuladora del sistema inmunitario, termografía, tratamiento de reconstrucción de las articulaciones, escleroterapia en articulaciones, proloterapia o inyección de agentes esclerosantes en los ligamentos, tratamiento con manipulación osteopática, tratamiento de manipulación espinal y krebiozen.

Alcohol. Cargos incurridos como resultado de una **enfermedad** o **lesión** producida por el consumo ilegal de alcohol por parte de una **persona cubierta**. La determinación del estado de ebriedad por parte del oficial que realizó la detención será suficiente para la exclusión. Se cubrirán los gastos de tratamiento de la lesión de una **persona cubierta** que no sea quien cometió el consumo ilegal de alcohol. Se cubrirán los gastos de tratamiento por abuso de sustancias según se especifica en este plan. Esta exclusión no se aplica si la **lesión** es consecuencia de un acto de violencia doméstica o un estado médico (tanto físico como mental).

Amniocentesis. La amniocentesis con el fin de determinar el sexo de un recién nacido o ante la ausencia de factores de riesgo conocidos que incluyen, pero no se limitan a la edad materna, hijos anteriores con trastornos en los cromosomas, o antecedentes familiares u otros riesgos registrados de un trastorno detectable de un solo gen.

Análisis capilares. Cargos por análisis capilares.

Aparatos de ortodoncia. Gastos de protectores dentales, ortodoncias y aparatos similares.

Artículos de comodidad. Artículos de comodidad, como teléfonos, televisores, comidas y camas para visitantes, cortes de cabello, manicura, etc.

Asesoramiento matrimonial.

Biorretroalimentación. Cargos relacionados con la capacitación en biorretroalimentación.

Cambio de sexo. Cirugías y otros cargos médicos relacionados con el cambio de sexo, reasignación de género o alteración por la identificación de género.

Capacitación/evaluación educativa. Capacitación y evaluación educativas, excepto cuando se especifique lo contrario o cuando sean **médicamente necesarias**.

Centro de cuidados paliativos. Cargos por orientación para personas en duelo, preparativos funerarios, orientación pastoral, asesoramiento jurídico/financiero, servicios de acompañante o cuidador, mantenimiento del hogar o servicios voluntarios.

Centro de enfermería especializada. Confinamientos para recibir cuidado supervisado.

Compensación de los trabajadores. Servicios prestados por el tratamiento de una **lesión o enfermedad** que sea ocupacional, es decir, que resulte de la actividad de un trabajo asalariado o con fines lucrativos, incluido el trabajo por cuenta propia. Esta exclusión se aplica aunque la **persona cubierta** renuncie o no haga valer sus derechos en virtud de las leyes o los gastos que resulten del salario o de la ganancia. Por ejemplo, si la persona trabaja de forma autónoma y sufre una **lesión o enfermedad**, que se produce a causa o durante ese empleo, el plan no cubrirá los cargos si dicha persona eligió no participar en un programa de Compensación de los trabajadores, conforme a cualquier ley estatal o federal vigente.

Cuidado de la vista. Cargos por:

- exámenes de rutina de la vista;
- anteojos y lentes de contacto;
- pruebas para determinar errores de refracción, a menos que se deba a una **lesión** o que sea posterior a una cirugía cubierta;
- queratotomía radial, LASIK, queratoplastia refractiva o procedimientos similares.

Cuidado de los pies. Cargos por el cuidado de los pies, lo que incluye el tratamiento (**no quirúrgico**) de callos, juanetes, uñas del pie, durezas, pies planos, arcos caídos, pies débiles y esguinces crónicos de tobillo, cuando se realizan ante la ausencia de una enfermedad, lesión o síntomas localizados relacionados con el pie.

Cuidado homeopático. Hierbas medicinales, cuidados holísticos u homeopáticos, incluidas las drogas.

Cuidado supervisado. Cargos/confinamientos relacionados con el cuidado supervisado (servicios que principalmente ayudan a una persona a realizar las actividades de la vida cotidiana), a menos que se brinden específicamente.

Cuidados y tratamientos experimentales/de investigación. Cuidados y tratamientos experimentales o de investigación o que no sean médicamente necesarios.

Delito grave. Cargos incurridos como resultado de cometer o intentar cometer un asalto o delito, a menos que la **enfermedad o lesión** sean el resultado de un trastorno físico o mental.

Disfunción sexual. Gastos relacionados con la atención y el tratamiento de la disfunción sexual.

Drogas o medicamentos ilegales. Cargos incurridos por una **persona cubierta** como resultado de una **enfermedad o lesión** producidas por el consumo voluntario o por estar bajo los efectos de cualquier medicamento regulado, droga, alucinógeno o narcótico no administrado según las recomendaciones de un **médico**. Se cubrirán los gastos de tratamiento de la lesión de una **persona cubierta** que no sea quien consumió las sustancias controladas. Se cubrirán los gastos de tratamiento por abuso de sustancias según se especifica en este plan. Esta exclusión no se aplica si la **lesión** es consecuencia de un acto de violencia doméstica o un estado médico (tanto físico como mental).

Equipo médico. Cargos de alquiler que superen el precio de compra del equipo.

Equipos de control ambiental. Este plan no paga los beneficios relacionados con equipos como aires acondicionados, filtros de aire, humidificadores, vaporizadores, etc.

Esterilización de un niño varón dependiente. Esterilización de un niño varón **dependiente**.

Exámenes médicos y otros gastos relacionados con fines matrimoniales, laborales, normativos o de otorgamiento de licencias. Exámenes médicos y otros gastos previos al empleo o matrimonio, o cualquier otro examen necesario para fines normativos, de otorgamiento de licencias o de otro tipo.

Gastos relacionados con el embarazo. Gastos relacionados con el embarazo para lo siguiente:

- Confinamiento de la madre por un período de recuperación mayor que el normal, debido únicamente a un estado médico que afecte al bebé.

- Confinamiento del bebé por un período de recuperación mayor que el normal, debido únicamente a estado médico que afecte a la madre.
- **Cirugía fetal** y cargos relacionados.

Gastos relacionados con la audición. Cargos por:

- audífonos, dispositivos, implantes, implantes cocleares, a menos que la pérdida de la audición se deba a una **lesión o enfermedad** accidentales o a una deficiencia auditiva permanente y congénita;
- tratamientos para la pérdida degenerativa de la audición;
- extracción de cerumen, a menos que sea médicamente necesaria;
- pruebas de audición de rutina, a menos que la prueba se brinde específicamente de acuerdo con el beneficio de **atención preventiva necesaria**.

Gastos relacionados con la fertilidad. Tratamientos, asesoramiento o cualquier procedimiento para corregir la **infertilidad** o para crear o mejorar la probabilidad de concepción.

Guerra. Servicios brindados a un paciente por una enfermedad o lesión sufrida durante su participación en una guerra, ya sea declarada o no, guerra civil, insurrección, rebelión o revolución, o cualquier acto o condición inherente a cualquiera de las anteriores.

Hipnoterapia. Este plan no paga los beneficios de hipnoterapia.

Reversión de la esterilización. Reversión de la esterilización y todos los cargos relacionados.

Inyecciones. Cargos por:

- inyecciones de vitaminas, a menos que las inyecciones se deban a un estado médico diagnosticado o en los casos en que la sustitución por medicamentos de venta libre pusiera en peligro el bienestar del paciente;
- fines laborales o de viaje.

Masoterapia. Servicios de masajista, fisicoculturistas, instructores de educación física o asistentes de gimnasios.

Maternidad subrogada. Todo servicio relacionado con cualquier tipo de acuerdo o arreglo de maternidad subrogada, lo que incluye la maternidad subrogada tradicional, la inseminación artificial relacionada con un acuerdo o arreglo de maternidad subrogada, o la maternidad subrogada gestacional o por fecundación in vitro.

Médico suplente. Cargos por un **médico** suplente, excepto cuando sea exigido por una política **hospitalaria** o ley estatal, o por una orden del **médico** o cirujano que atendió el parto.

Membresía del gimnasio. Los costos de la membresía que incluyen, pero no se limitan a gimnasios y programas para pérdida de peso, a menos que se indique lo contrario.

Paternidad. Cargos por pruebas de paternidad.

Personal de enfermería particular. Cargos por servicios de enfermería, como los siguientes:

- Servicios prestados en el hogar, a menos que sean parte de un programa de atención médica en el hogar.
- Los cuidados de 24 horas por turnos no están cubiertos.

Procedimientos cosméticos. Los procedimientos cosméticos no están cubiertos, a menos que sean necesarios:

- para mejorar el funcionamiento de una parte del cuerpo;
- como resultado de una **lesión o enfermedad**, y se deben realizar dentro del año en que se produjo la **lesión o enfermedad**, a menos que exista una razón médica para retrasar la reparación;

- para una reconstrucción mamaria posterior a una mastectomía;
- para tratar un **defecto congénito** y se deben realizar dentro del año en que se produjo el defecto, a menos que exista una razón médica para retrasar la reparación;
- para la revisión de una cicatriz como consecuencia de una **lesión o enfermedad**, y se deben realizar dentro del año en que se produjo la **lesión o enfermedad**, a menos que exista una razón médica para retrasar la reparación.

Procedimientos in vitro. Inseminación artificial, fecundación in vitro y transferencia embrionaria.

Pruebas en el hogar. Cargos por kits de pruebas en el hogar.

Salario o ganancia. Gastos relacionados con una enfermedad o lesión cuando la persona cubierta recibe una ganancia o un salario (aparte de los pagos por discapacidad que recibe del empleador), como un embarazo subrogado.

Servicios domésticos. Cargos por servicios de limpieza y mantenimiento domésticos.

Servicios militares. Tratamientos o servicios que resulten o se prolonguen como consecuencia del desempeño de funciones como miembro del servicio militar de cualquier estado o país.

Sin necesidad de pagar. Cargos que usted no necesitaría pagar si no tuviera cobertura de salud de grupo.

Suministros médicos. Cargos por equipo de ejercicios, kits de medición de presión arterial, balanzas de dieta, bolas de algodón, cinta adhesiva, etc.

Suplementos nutricionales. Cargos por suplementos nutricionales orales que contengan un ingrediente nutricional destinado a complementar la dieta.

Terapia ocupacional: pacientes ambulatorios. Suministros utilizados en la terapia ocupacional.

Terapia recreacional, musical y de corrección de lectura.

Termografía. Cargos por termografía, termógrafo o Thermoscribe.

Trastornos del sueño. Atención y tratamiento de trastornos del sueño, a menos que se consideren médicamente necesarios.

Tratamiento médico fuera de Estados Unidos o Canadá. Gastos médicos incurridos si la **persona cubierta** viajó fuera de Estados Unidos o Canadá con el único objetivo de recibir tratamiento médico.

Tratamientos dentales. Tratamientos dentales de rutina, a menos que sean médicamente necesarios debido a un estado médico grave o una lesión accidental.

Viaje y traslado. Este plan no paga los beneficios que no sean cargos de traslado en una ambulancia profesional, como:

- cargos por viaje en avión programado regularmente o traslado en tren;
- traslados por comodidad del paciente, y
- traslados que no se realicen por medio de un servicio de ambulancia profesional.

Viaje. Todo tipo de viaje, independientemente de si fue recomendado o no por un **médico**, a excepción de aquellos relacionados con traslados cubiertos de ambulancia y trasplantes.

Derecho del plan de solicitar un examen físico

Este plan, por cuenta propia, tendrá el derecho y la oportunidad de someter a una persona, cuyo tratamiento médico o dental es el fundamento de un reclamo relacionado con este plan, a un examen realizado por un médico designado por este plan, tantas veces como sea razonablemente necesario, durante la revisión de un reclamo de conformidad con este plan.

DEFINICIONES DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA, ANEXO B

Acción extraordinaria de cobro (ECA): según se describe en el artículo 501(r)(6) del Código de Rentas Internas, es una acción que requiere un proceso legal o judicial o involucra la venta de la deuda de una persona a un tercero o la notificación de información adversa a una agencia de informes de crédito u oficina de crédito. Entre los ejemplos de ECA se incluyen, pero no se limitan a la aplicación de un embargo sobre una propiedad, la ejecución de bienes inmuebles, el embargo o la retención de una cuenta bancaria u otra propiedad personal, el inicio de acciones civiles, el arresto de una persona o hacer que una persona esté sujeta a una orden de detención.

Activos líquidos: recursos/propiedades diferentes de los ingresos. Incluye, pero no se limita a ahorros, cuentas de cheques y activos de inversión fácilmente convertibles en efectivo.

Área de servicio: para efectos de esta política, se considera que el área de servicio del hospital es una zona geográfica que se extiende a 200 millas a la redonda de las instalaciones de Regional Health.

Asistencia financiera (atención médica de beneficencia): AGB incurridos al prestar servicios a pacientes que se determinó que *no* tenían la capacidad de pagar dichos servicios, por lo que Regional Health finalmente no espera que lo hagan. Esta determinación puede tomarse al momento de la admisión o en cualquier momento posterior.

Bancarrota: las cuentas pendientes de una persona que se declara en bancarrota deberán ser condonadas en concepto de asistencia financiera.

Cantidades devueltas por las agencias de cobro: una vez que haya transcurrido cierto período, la agencia de cobro devolverá cualquier cuenta que se considere incobrable. Las cuentas devueltas deberán ser condonadas en concepto de asistencia financiera siempre que la agencia profesional haya determinado que el paciente es incapaz de pagar la factura.

Condonaciones de deudas varias: cargos brutos incurridos al prestar servicios a pacientes que se determinó que tenían la capacidad de pagar pero que, en función de litigios, disputas, etc. se tomó la decisión administrativa de que no se exigiría el pago.

Deudas incobrables: cargos brutos incurridos al prestar servicios a pacientes que se determinó que tenían la capacidad de pagar dichos servicios, pero que finalmente no lo hicieron. Esta determinación puede tomarse al momento de la admisión o en cualquier momento posterior.

Difunto sin patrimonio: las cuentas pendientes de una persona que fallece sin dejar patrimonio deberán ser condonadas en concepto de asistencia financiera. Si se utiliza un bien del patrimonio para hacer un pago parcial, el resto de la factura será considerado como asistencia financiera.

Entorno hospitalario: servicios y materiales proporcionados en el campus o en alguno de los hospitales de Regional Health y facturados con nombre del hospital.

Episodio de atención médica: plan de tratamiento recetado por un médico o proveedor auxiliar y suministrado durante un período de tiempo delimitado.

Ingresos: equivalentes de efectivo recibidos/ganados por un grupo familiar.

Medicamento necesario: la atención y los servicios médicamente necesarios incluyen procedimientos y tratamientos necesarios para diagnosticar y brindar tratamiento curativo o paliativo por trastornos físicos o mentales, indicados por un profesional de atención médica calificado, de acuerdo con las normas de atención médica profesionalmente reconocidas. El término “medicamente necesario” **no** incluye la lista de exclusiones del anexo A. Para fines de esta política, Regional Health se reserva el derecho de determinar, en función de cada caso

individual, si la atención y los servicios cumplen o no con la definición y la norma de “medicamente necesario” con el propósito de determinar la elegibilidad para recibir asistencia financiera. Para los pacientes que buscan obtener cobertura de la Política de asistencia financiera para los servicios que no sean de emergencia, el personal de Servicios financieros para el paciente examinará el servicio antes de programarlo a fin de determinar si este es médicamente necesario e informará al paciente sobre su decisión.

Monto generalmente facturado (AGB): cantidad que generalmente se factura por emergencias u otro tipo de atención médicamente necesaria a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, determinado de acuerdo con la Sección 1.501(r) – 5(b). Para determinar el AGB se utiliza el método prospectivo de Medicare.

MPPR (Medicare Participating Provider Rate): tarifa de proveedor participante de Medicare.

Pagador tercero: en esta política el término pagador tercero hace referencia a cualquier aseguradora comercial, plan de beneficios médicos, programa patrocinado por el empleador, organización para el mantenimiento de la salud o cualquier arreglo similar que es o podría ser responsable legalmente del pago de los cargos incurridos por los servicios médicos. Para fines de esta política, pagador tercero no incluye a Medicare, Medicaid ni a programas federales o estatales de seguro médico similares.

Período de notificación: período durante el cual un centro hospitalario debe notificar a una persona sobre su FAP, de acuerdo con la Sección 501(r)-6(c)(2), y emprender todas las iniciativas razonables para determinar si la persona es elegible según el FAP. Con respecto a cualquier atención médica proporcionada a una persona en un centro hospitalario, el período de notificación finaliza cuando se cumplen los 120 días después de que el centro entrega a dicha persona el primer estado de cuenta por la atención médica recibida.

Período de solicitud: período durante el cual un centro hospitalario debe aceptar y procesar una solicitud de asistencia presentada por una persona en virtud de la Política de asistencia financiera (FAP), y emprender todas las iniciativas razonables para determinar si dicha persona es elegible según dicha política. Con respecto a cualquier atención médica brindada a una persona por un centro hospitalario, el período de solicitud comienza en la fecha en que se brinda la atención médica a la persona y termina el día que se cumplen los 240 días después de que el centro hospitalario entregue a dicha persona el primer estado de cuenta por la atención.

Presunta beneficencia: en lugar de una solicitud completa, se puede aprobar la asistencia financiera en función de la información obtenida de los antecedentes del paciente y de sus datos socioeconómicos actuales.

Resumen en un lenguaje sencillo: declaración escrita que brinda a las personas información sobre la Política de asistencia financiera en un formato claro, conciso y fácil de entender.

RESIDENCIA DE MEDICINA FAMILIAR, ANEXO C

La Política de atención de beneficencia de Regional Health cubrirá todos los servicios que se presten en la Residencia de Medicina Familiar que incluyen, pero sin limitarse a los servicios que proporcionan los dietistas, endocrinólogos y psicólogos clínicos (residentes o médicos del cuerpo docente).

Cualquier artículo comprado por la Residencia de Medicina Familiar, como dispositivos para el control de la natalidad dispositivo intrauterino, Nexplanon, etc.) y medicamentos inyectables, estarán excluidos de la Política de atención de beneficencia de Regional Health.

Beneficencia y REMISIONES 501 c3, ANEXO D

Las visitas al consultorio con tarifas profesionales que no cumplen con los criterios como están definidos en la Política de asistencia financiera serán cubiertas en virtud de la Política de asistencia financiera si la remisión es de grupos tales como Good Shepard Clinic ubicada en Spearfish, Dakota del Sur.

Las visitas al consultorio con tarifas profesionales que no cumplen con los criterios como están definidos en la Política de asistencia financiera serán cubiertas en virtud de la Política de asistencia financiera cuando el paciente sea remitido por Community Health Center of the Black Hills de acuerdo a lo siguiente:

- 1) Regional Health utilizará la estructura del programa de tarifas negociadas de Community Health Center of the Black Hills.
- 2) Regional Health debe obtener una notificación por fax o correo electrónico de la remisión a un proveedor de Regional Health.
- 3) Solo los servicios identificados en el fax o en el correo electrónico estarán cubiertos por el Anexo D.
- 4) En la Política de descuentos para personas sin seguro CS- 8211-03 de Regional Health se encuentra una copia del programa de tarifas.

Otras organizaciones de beneficencia y 501 c 3 que busquen que Regional Health les proporcione los servicios cubiertos por esta sección deben conseguir la aprobación del Director Financiero de Regional Health.

RECURSOS *(Los recursos usados durante la creación de la política)*

A. No se aplica

REFERENCIAS *(Las referencias usadas durante la creación de la política)*

A. No se aplica

REGLAMENTOS / ESTÁNDARES

A. No se aplica