



## DEFINICIONES DEL PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA – ANEXO B

**Montos generalmente facturados (AGB):** Monto que generalmente se factura por emergencias y otro tipo de atención médicamente necesaria a las personas que tienen un seguro que cubre dicha atención, determinado según el artículo 1.501(r) – 5(b). Para determinar el AGB se utiliza el método prospectivo de Medicare.

**Montos devueltos por 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 cancelarse en concepto de asistencia financiera siempre que la agencia profesional haya determinado que el garante es incapaz de pagar la factura pendiente de pago.

**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 esa persona es elegible según dicha política. Con respecto a cualquier atención que un centro hospitalario dé a una persona, el período de solicitud comienza en la fecha en que se da la atención a la persona y termina el día que se cumplen los 240 días después de que el centro hospitalario entrega a dicha persona la primera factura por la atención.

**Activos:** Propiedad, inmueble o mueble, tangible o intangible, que tiene valor monetario. El valor de los activos, que no sea el valor de la residencia principal y un vehículo principal, se tendrá en cuenta para determinar la elegibilidad y podrá servir como base para negar la elegibilidad para el descuento de atención médica de beneficencia a pesar del ingreso elegible del grupo familiar.

**Autorización/certificación previa:** El proceso para obtener la autorización de todos los seguros aplicables (es decir, de los pagadores primarios, secundarios y terciarios) a los servicios médicos que, a menudo, implica una revisión apropiada según los criterios médicos. La certificación previa también se conoce como certificación previa a la admisión o revisión previa a la admisión.

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

**Bancarrota:** Cuentas pendientes de pago de una persona que se declara en bancarrota.

**Dificultades catastróficas:** La asistencia financiera que se ofrece como descuento a los solicitantes elegibles con un ingreso anual de grupo familiar que supere el 200% de las Pautas Federales de Pobreza y el gasto de bolsillo o la responsabilidad del garante/paciente que surja de los servicios médicos proporcionados por Regional Health que supere el 15% del ingreso anual del grupo familiar.

**Difunto sin patrimonio:** Las cuentas pendientes de pago de una persona que fallece sin dejar patrimonio, según lo establecido por un proveedor o la agencia de cobro asignada, deberán ser canceladas en concepto de asistencia financiera. Si se utiliza el patrimonio para hacer un pago parcial, el resto de la factura se considerará como asistencia financiera.

**Procedimiento electivo/condición no emergente:** La condición del paciente es tal que un retraso razonable en el tratamiento para permitirle al médico emplear las opciones programadas no afectará el resultado de manera desfavorable en general.

**Episodio de atención médica:** Plan de tratamiento recetado por un médico o proveedor auxiliar y suministrado durante un período limitado.

**Acción extraordinaria de cobro (ECA):** Según se describe en el artículo 501(r)(6) del Código de Impuestos Internos, es una acción que requiere un proceso legal o judicial, o implica la venta de la deuda de una persona a un tercero o la notificación de información desfavorable a una agencia de informes crediticios u oficina de crédito. Entre los ejemplos de ECA, se incluyen 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 el hecho de hacer que una persona esté sujeta a una orden de detención.

**Nivel federal de pobreza:** Una medida de ingresos que el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) emite cada año

**Asistencia financiera (atención médica de beneficencia/descuento de beneficencia):** La asistencia financiera es la prestación de servicios de atención médica gratuita o con descuento a las personas que cumplen con los criterios establecidos. Los términos “Asistencia financiera” y “Atención médica de beneficencia” se usan indistintamente para describir la prestación de servicios a los 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.

**Liquidación financiera:** Se considera que cuentan con liquidación financiera aquellos garantes/pacientes que han cumplido con los siguientes criterios:

- A. Se ha presentado la información demográfica y de seguros necesaria para cumplir con los requisitos de facturación y presentación de informes, y se han revisado los saldos pendientes.
- B. Se han verificado los beneficios del seguro para una cobertura del 100%. Determinar si los servicios están cubiertos, a partir de la verificación de los beneficios y la decisión de la compañía de seguros.
- C. Se han obtenido las certificaciones previas/autorizaciones o remisiones de proveedores necesarias.
- D. Se han hecho acuerdos de pago aceptables para cualquier pasivo financiero identificado.
- E. Se exploran fuentes alternativas de financiamiento, programas y servicios basados en la comunidad.
- F. Las solicitudes de Medicaid se completan según corresponda.
- G. El solicitante presenta la información requerida necesaria para completar el proceso de liquidación financiera.
- H. Todos los montos o depósitos correspondientes del garante/paciente identificados se cobrarán de acuerdo con los protocolos aceptados para incluirlos antes del servicio, al momento del servicio y al momento del alta.

*Fuente: Código Electrónico de Regulaciones Federales, Título 42: Salud pública, PARTE 405*

*SEGURO DE SALUD FEDERAL PARA PERSONAS MAYORES Y DISCAPACITADAS Subparte D — Contratos privados*

**Ayuda financiera:** Se definirá como el dinero, el refugio o la comida y los costos asociados que reciba un solicitante por alguien que no sea miembro del grupo familiar un período máximo de seis (6) meses como consecuencia de una situación médica a corto plazo, desempleo, reubicación, etc. El valor monetario de la ayuda estará determinado por el total del costo promedio del alquiler comunitario, el costo promedio de los servicios públicos del grupo familiar y el costo promedio de los alimentos según se determine a través de una fuente de datos externa disponible públicamente. Este valor se traducirá en un beneficio de ingresos mensuales para el solicitante. Si se da ayuda por un período mayor a seis (6) meses, dicha ayuda se considerará permanente, y el solicitante se considerará miembro del grupo familiar de las otras partes.

**Lugar de residencia y área de servicio de Regional Health (RHSA):** La elegibilidad para recibir asistencia financiera se basa en la residencia permanente establecida del solicitante y se relaciona con las áreas de servicios primarios, secundarios y terciarios de Regional Health.

- A. Regional Health determinará la elegibilidad del área de servicio mediante el código postal de la residencia permanente establecida del garante/paciente. *Anexo – Lista de códigos postales de áreas de servicio*
- B. Los solicitantes cuyo condado de residencia y código postal se encuentren fuera de las áreas de servicios primarios y secundarios de Regional Health, pero dentro del área de servicios terciarios de Regional Health, se considerarán elegibles para recibir el descuento de Atención médica de beneficencia **ÚNICAMENTE SI** el paciente no puede obtener los mismos servicios o servicios que sean aceptables de manera alternativa y que sean considerados médicamente necesarios según la información que surja de una única visita o del plan de atención médica dentro del condado o un condado contiguo a su residencia permanente establecida.
- C. Los solicitantes cuya residencia permanente establecida se encuentre fuera de cualquiera de las RHSA definidas no son elegibles para recibir el descuento de Atención médica de beneficencia.

**Garante:** La parte responsable del pago completo de los servicios de atención médica provistos cuando no estén cubiertos por otra fuente de pago o un tercero

**Entorno hospitalario:** Servicios y materiales proporcionados en el campus o en alguno de los hospitales de Regional Health y facturados a nombre del hospital

**Grupo familiar:** Incluirá al garante y a todos los demás adultos o menores que vivan en su residencia. También puede incluir a cualquier dependiente, como un niño o un dependiente que asista a un programa de capacitación educativa o técnica, como una universidad o un instituto técnico, Job Corps, Outward Bound y similares, y que implique la ausencia temporal de la residencia física.

**Ingreso del grupo familiar:** El ingreso del grupo familiar se determina calculando las siguientes fuentes de ingresos de todos los miembros del grupo familiar que sean elegibles.

- salarios, sueldos, propinas
- ingresos por negocios, actividades de ganadería y agricultura
- ingresos de la Seguridad Social y por discapacidad
- ingresos por pensión o jubilación
- dividendos e intereses
- alquileres y cánones
- ingresos por propiedades y fideicomisos
- ingresos por desempleo o indemnización laboral
- pensión alimenticia y manutención infantil
- premios, beneficios, asistencia pública o cualquier otro ingreso procedente de algún programa, como SNAP, TANF, viviendas públicas, beneficios para veteranos, etc.

- adjudicaciones legales, sentencias judiciales o pagos de seguros y renta vitalicia
- efectivo, cuentas bancarias, cuentas del mercado monetario, certificados de depósito, fondos mutuos, bonos, acciones personales u otras inversiones convertibles
- ayuda financiera proporcionada por otra persona (consulte la definición de Ayuda financiera)
- otros ingresos, como los ingresos de fondos fiduciarios, fundaciones de beneficencia, asistencia educativa, subvenciones o premios, ingresos por préstamos estudiantiles, etc.
- vehículos de tipo secundario o recreativo (bienes personales)
- Pueden considerarse los activos de negocios o actividades agrícolas

Los elementos que no se consideran en la determinación del ingreso incluyen:

- el valor de la residencia principal
- el valor de un vehículo principal

**Elegibilidad para seguro:** El proceso de validación de la cobertura de seguro de un paciente con el pagador por teléfono o mediante verificación en línea. Para la elegibilidad, se verifican: los beneficios pagaderos, la información detallada del paciente, el número de autorización previa, los copagos, los datos del coseguro, los deducibles, el estado de la póliza del paciente, la fecha de entrada en vigencia, el tipo de plan y la información detallada de la cobertura, las exclusiones del plan, la dirección postal de los reclamos, las remisiones y las autorizaciones previas, la vida útil máxima e información adicional.

**Activos líquidos:** Recursos/propiedades diferentes de los ingresos. Incluyen, entre otros, las cajas de ahorros, las cuentas de cheques y los activos de inversión fácilmente convertibles en efectivo.

**Medicamento necesario:** La atención y los servicios médicamente necesarios incluyen procedimientos y tratamientos necesarios para diagnosticar y dar 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 “médicamente necesario” no incluye la lista de exclusiones del *Anexo A*. A los efectos de esta póliza, Regional Health se reserva el derecho de determinar, en función de cada caso particular, si la atención y los servicios cumplen o no con la definición y la norma de “médicamente necesario”, a fin de determinar la elegibilidad para recibir la Asistencia financiera. Para los pacientes que buscan obtener cobertura a través de la Política de asistencia financiera para los servicios que no sean de emergencia, el personal de Servicios Financieros para Pacientes examinará el servicio antes de programarlo para determinar si este es médicamente necesario e informará al paciente sobre su decisión.

**Desamortizaciones variadas:** Cargos brutos incurridos al prestar servicios a pacientes que se determinó que tenían la capacidad de pagar pero que, en función de demandas, disputas, etc., se tomó la decisión administrativa de no exigir el pago

**Medicare Participating Provider Rate (MPPR):** Tarifa de proveedor participante de Medicare

**Emergencias/procedimientos no electivos:** La atención médica o el tratamiento para condiciones médicas de emergencia, como se define en la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA): Término utilizado para describir una condición médica que se manifiesta a través de síntomas agudos de gravedad suficiente (incluido el dolor intenso), de manera que la ausencia de atención médica inmediata podría razonablemente dar lugar a:

- poner en grave peligro la salud de la persona o del feto;
- el deterioro grave de las funciones corporales; o
- la disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

**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 que un centro hospitalario da a una persona, el período de notificación finaliza cuando se cumplen los 120 días después de que el centro entrega a dicha persona la primera factura por la atención.

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

**Presunta beneficencia:** En lugar de una solicitud completa, se puede aprobar la Asistencia financiera en función de la información obtenida del historial del paciente y de sus datos socioeconómicos actuales

**Residente:** A los fines de la elegibilidad, los términos “residente/residencia” se definen como una persona que:

- reside en algún lugar de manera permanente, a largo plazo, no tiene la intención actual de irse y, cuando está ausente, tiene la intención de regresar;
- no es dependiente de otra persona que resida fuera del área de servicio de Regional Health;
- ha establecido su residencia por un mínimo de 60 días;
- puede probar lo anterior presentando documentos de elegibilidad de residencia, cuando así se le solicite, que incluyen, entre otros, un contrato actual de alquiler o hipoteca, una póliza de seguro actual de propietario o inquilino, una copia de la tasación del impuesto a la propiedad, un comprobante de empleo, una factura de servicios públicos, como agua, gas natural, propano o recolección de residuos, un recibo de alquiler residencial o una carta de ayuda financiera de una persona que cumpla con la definición de residente.

**Área de servicio:** La elegibilidad para recibir asistencia financiera se basa en la ubicación de la residencia permanente establecida del solicitante y se relaciona con las áreas de servicios primarios, secundarios y terciarios de Regional Health.

- Regional Health determinará la elegibilidad del área de servicio mediante el código postal de la residencia permanente establecida del garante/paciente. *Anexo E – Lista de códigos postales de áreas de servicio*
- Los solicitantes cuyo condado de residencia y código postal se encuentren fuera de las áreas de servicios primarios y secundarios de Regional Health, pero dentro del área de servicios terciarios de Regional Health, se considerarán elegibles para recibir el descuento de Atención médica de beneficencia **ÚNICAMENTE SI** el paciente no puede obtener los mismos servicios o servicios que sean aceptables de manera alternativa y que sean considerados médicamente necesarios según la información que surja de una única visita o del plan de atención médica dentro del condado de su residencia permanente establecida.
- Los solicitantes cuya residencia permanente establecida se encuentre fuera de cualquiera de las RHSAs definidas no son elegibles para recibir el descuento de Atención médica de beneficencia

El Área de servicio de Regional Health (RHSAs) **PRIMARIA** representa el área que se define en la Evaluación de las necesidades de salud comunitaria (CHNA) más reciente e incluye aquellos códigos postales que se encuentran dentro de los condados de los cuales se deriva el 80% de las admisiones del hospital de Regional Health. El área está compuesta de todos los códigos postales de:

**los condados de South Dakota:** Butte, Custer, Fall River, Lawrence, Meade y Oglala Lakota (anteriormente, Shannon), Pennington;

**los condados de Wyoming:** Crook

El Área de servicio de Regional Health *SECUNDARIA* incluye los códigos postales de las localidades que se encuentran dentro de los límites del condado en donde se encuentra físicamente un hospital de Regional Health. El área está compuesta de todos los códigos postales de:

**los condados de South Dakota:** Harding;

**los condados de Wyoming:** Weston

El Área de servicio de Regional Health *TERCIARIA* incluye los códigos postales de los condados cuyos límites se encuentran dentro de un radio de 35 millas de un hospital de Regional Health. El área está compuesta de todos los códigos postales de:

**los condados de Montana:** Carter;

**los condados de North Dakota:** Bowman;

**los condados de Nebraska:** Sioux, Dawes;

**los condados de Wyoming:** Campbell, Niobrara

**Tercero pagador:** En esta política, el término Tercero pagador 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 sea o pueda ser responsable legalmente del pago de los cargos incurridos por los servicios médicos. A los efectos de esta póliza, el término Tercero pagador no incluye a Medicare, Medicaid ni a programas federales o estatales de seguro médico similares. Las personas que opten por no participar de cualquiera de los seguros disponibles, planes de beneficios médicos, programas patrocinados por el empleador, organizaciones de mantenimiento de la salud, Mercado de seguros de salud o similares no serán consideradas para el Programa de asistencia financiera.

**Seguro insuficiente:** El paciente tiene algún nivel de seguro (ya sea privado o gubernamental) u otras posibles opciones de asistencia, como Víctimas de delitos violentos, seguro automotor, responsabilidad civil contra terceros, etc., pero aún tiene gastos de bolsillo que superan su capacidad financiera para pagar los servicios de atención médica en Regional Health.

**Sin seguro:** Una persona que no tiene “cobertura” en relación con el pago de sus gastos de atención médica a través de un tercero pagador comercial no gubernamental o de atención médica administrada, o a través de un pagador patrocinado por el gobierno, como Medicare o Medicaid

**Urgente:** Término usado para describir la condición de un paciente que necesita ingresar al hospital para tratar una condición clínica que generalmente requeriría su admisión para diagnóstico y tratamiento dentro de las 48 horas; de lo contrario, la vida o el bienestar del paciente podrían estar en peligro.