



Origen:	07/2016
Fecha de entrada en vigor:	09/2020
Última aprobación:	09/2020
Revisado por última vez:	09/2020
Próxima revisión:	09/2021
Propietario:	<i>Sarah Hartwig: Directora del sistema Gestión del ciclo de facturación</i>
Área de la política:	<i>Ciclo de facturación</i>
Referencias:	
Aplicabilidad:	<i>Monument Health</i>

Política de descuento de atención de beneficencia de Monument Health

Número de la política: CS-8211-02

POLÍTICA GENERAL

La política de Monument Health es dar ayuda financiera para los gastos médicos que tienen los grupos familiares que no tienen acceso a recursos financieros para pagar sus servicios de atención médica. Se da ayuda a aquellos que requieren tratamiento médicamente necesario, después de agotar todas las demás fuentes de pago o financiamiento.

El presupuesto de atención de beneficencia de Monument Health define los recursos anuales de atención de beneficencia disponibles dentro de los que la gerencia buscará administrar esta política y su Programa de Asistencia Financiera. Los descuentos de atención de beneficencia se determinan utilizando criterios externos, como puntajes de crédito, y criterios obtenidos internamente, como la residencia, así como la disponibilidad de ingresos, bienes y otras fuentes de fondos consideradas en relación con la naturaleza y el alcance de los servicios médicos requeridos.

Según estos criterios, los solicitantes serán elegibles para recibir una cancelación del 100% de la responsabilidad del garante/paciente si el ingreso bruto anual calculado de su grupo familiar es igual o inferior al 250% de las directrices federales de pobreza publicadas más recientemente, un descuento del Mejor tarifa de Medicare de la responsabilidad del garante/paciente si su ingreso bruto anual calculado del grupo familiar está entre 251% y 300%, de las más recientes directrices federales de pobreza del HHS.

La evaluación y administración y los servicios profesionales se evaluarán como un pago móvil basado en las pautas federales de pobreza publicadas más recientemente, como se indica en el Anexo D – Pago Móvil para Evaluación y Gestión (E&M) y Servicios Profesionales.

Ingreso bruto igual o inferior al nivel de pobreza federal (FPL)	Cantidad a amortizar
250%	100%
251% - 300%	Mejor tarifa de Medicare

Anexos a la política:

- A. Exclusiones del Programa de Asistencia Financiera – ANEXO A
- B. Definiciones del Programa de Ayuda Financiera – ANEXO B
- C. Codigos Postales de Areas de Servicio de Asistencia Financiera – ANEXO C
- D. Pago Móvil para Evaluación y Gestión (E&M) y Servicios Profesionales – ANEXO D

Consulte monument.health para obtener esta información:

- Solicitud de programa de asistencia financiera
- Pago Móvil para Evaluación y Gestión (E&M) y Servicios Profesionales
- Resumen en lenguaje sencillo de la política de asistencia financiera
- Proveedores cubiertos por la política de asistencia financiera
- Proveedores no cubiertos por la política de asistencia financiera

ALCANCE

Esta política se aplica a (1) las subsidiarias de propiedad o control absoluto de Monument Health Inc.; y (2) cualquier otra entidad u organización en la que una subsidiaria de Monument Health posea un capital o interés de ganancias que se trate como una asociación para fines de impuestos federales o que no se tenga en cuenta para fines de impuestos federales y que dé atención de emergencia o médicamente necesaria en un centro de Monument Health.

DEFINICIONES

A los fines de esta Política, se aplican los siguientes términos y definiciones:

- A. Asequible: Un plan médico se considera asequible y cumple con el estándar de valor mínimo de la siguiente manera:

Solicitante solamente	10% de los ingresos brutos del hogar
Solicitante y cónyuge	13% de los ingresos brutos del hogar
Solicitante e hijos	12% de los ingresos brutos del hogar
Solicitante y familia	18% de los ingresos brutos del hogar

- El plan de seguro que se utiliza para definir la asequibilidad es el plan de menor precio que cubre al solicitante y a los beneficiarios adicionales que se enumeran anteriormente. Esta definición sigue siendo válida incluso si se inscribe en un plan con primas más altas.
 - Para la cobertura de salud basada en el trabajo, el costo es la cantidad que el solicitante pagaría por la cobertura, sin incluir la cantidad pagada por un empleador en su nombre para alcanzar la prima total del plan.
 - Se utiliza el ingreso familiar total del solicitante según se define en la definición de ingreso familiar.
- B. Bienes: Propiedad, real o personal, tangible o intangible, que tiene valor monetario. El valor del bien, que no sea el valor de la residencia primaria y un vehículo primario, se considerará para determinar la elegibilidad y puede servir como base para negar la elegibilidad para descuentos en la atención de beneficencia a pesar de los ingresos elegibles del grupo familiar.
- C. Autorización/Precertificación: El proceso de obtención de autorización de todos los seguros aplicables (es decir, pagadores primarios, secundarios y terciarios) para servicios médicos, que con frecuencia implica una revisión de adecuación según los criterios médicos. La precertificación también se conoce como certificación previa a la admisión o revisión previa a la admisión.
- D. Cantidades generalmente facturadas: El monto generalmente facturado por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen un seguro que cubra dicha atención, determinada de acuerdo con la Sección 1.501r - 5(b). El método prospectivo de Medicare se utiliza para determinar AGB.
- E. Dificultades catastróficas: La asistencia financiera que se da como un descuento para los solicitantes elegibles de grupos familiares con ingresos anuales superiores al 200% de las directrices federales de pobreza y el gasto de bolsillo o la responsabilidad del garante/paciente resultante de los servicios médicos prestados por Monument Health excede el 15% de los ingresos anuales del grupo familiar.

- F. Procedimiento optativo/Condición que no es de emergencia: La condición del paciente es tal que un retraso razonable en el tratamiento para permitirle al médico ejercer las opciones de programación generalmente no afectará desfavorablemente el resultado.
- G. Nivel Federal de Pobreza (FPL): Una medida de ingresos emitida cada año por el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS).
- H. Descuento por Asistencia financiera/Beneficencia: La asistencia financiera es la prestación de servicios de atención médica gratis o con descuento para las personas que cumplen con los criterios establecidos. Los términos “Asistencia financiera” y “Atención de beneficencia” se usan indistintamente.
- I. Aprobación financiera: Los garantes/pacientes que cumplieron los siguientes criterios se consideran aprobados financieramente:
1. Se dio la información demográfica y de seguros necesaria para facilitar los requisitos de facturación e informes, y se han revisado los saldos pendientes
 2. Se han verificado los beneficios del seguro para una cobertura del 100%. Determine si los servicios están cubiertos, basándose en la verificación de los beneficios con la compañía de seguros y en la decisión tomada por la compañía de seguros
 3. Se han obtenido precertificaciones/autorizaciones o remisiones a proveedores según sea necesario
 4. Se hicieron arreglos de pago aceptables para cualquier responsabilidad financiera identificada
 5. Se exploran fuentes alternativas de financiamiento, programas y servicios basados en la comunidad
 6. Las solicitudes de Medicaid se completan según corresponda
 7. Los solicitantes cumplen con dar la información requerida necesaria para completar el proceso de aprobación financiera
 8. Todas las cantidades o depósitos responsables del garante/paciente identificados se cobrarán de conformidad con los protocolos aceptados para incluirlos antes del servicio, cuando se lleva a cabo el servicio y al alta

Fuente: Código Electrónico de Regulaciones Federales, Título 42: Salud pública PARTE 405 [SEGURO MÉDICO FEDERAL PARA ADULTOS MAYORES Y PERSONAS DISCAPACITADAS](#) Subsección D - [Contrato privado](#)

- J. Apoyo financiero: A los efectos de esta política, apoyo financiero es el dinero, vivienda o comida y gastos relacionados que se dan a un solicitante por una parte que no sea un miembro del grupo familiar durante un período de seis (6) meses o menos debido a una situación médica de corto plazo, desempleo, reubicación, etc. El valor monetario del apoyo estará determinado por el costo promedio total del alquiler comunitario, el costo promedio de los servicios públicos del grupo familiar y el costo promedio de la comida según lo determine el uso de una fuente de datos externa disponible públicamente. Este valor se traducirá en un beneficio de ingresos mensuales para el solicitante. Si el apoyo se brinda por un plazo superior a seis (6) meses, el apoyo se considerará permanente y los solicitantes se considerarán miembros del grupo familiar de la otra parte.
- K. Residencia geográfica y área de Servicio de Monument Health (Monument Health Service Area, MHSA): La elegibilidad para asistencia financiera se basa en la residencia establecida de forma permanente del solicitante, ya que se relaciona con las áreas de servicio primario, secundario y terciario de Monument Health.
1. La elegibilidad del área de servicio será determinada por Monument Health usando el código postal de la residencia establecida de forma permanente del garante/paciente. *Anexo - Lista de códigos postales del área de servicio.*
 2. Los solicitantes cuyo condado y código postal de residencia estén fuera de las áreas de servicios primarias y secundarias de Monument Health pero dentro del área de servicio terciario de Monument Health serán elegibles para el descuento de la atención de beneficencia SOLO SI el paciente no puede

obtener los mismos servicios o servicios alternativos aceptables que se consideren médicamente necesarios en un solo encuentro o plan de atención dentro del condado o un condado contiguo a su residencia permanente establecida.

3. Los solicitantes cuya residencia permanente establecida está fuera de cualquiera de las MHSA definidas no son elegibles para el descuento de atención de beneficencia.
4. El área de servicio PRIMARIA de Monument Health (MHSA) representa el área como se define en la más reciente Evaluación de Necesidades de Salud de la Comunidad (Community Health Needs Assessment, CHNA) e incluye los códigos postales en los condados de la que se deriva el 80% de las admisiones del hospital de Monument Health. El área se compone de todos los códigos postales en:
 - a. Condados de Dakota del Sur: Butte, Custer, Fall River, Lawrence, Meade, Oglala Lakota (antes Shannon) y Pennington
 - b. Condados de Wyoming: Crook
5. El área de servicio SECUNDARIA de Monument Health incluye los códigos postales dentro de los límites del condado donde esté físicamente un centro médico de Monument Health. Esta área se compone de todos los códigos postales en:
 - a. Condados de Dakota del Sur: Harding
 - b. Condados de Wyoming: Weston
6. El área de servicio TERCIARIA de Monument Health incluye los códigos postales entre los condados cuyos límites están dentro de las 35 millas de un centro médico de Monument Health. Esta área se compone de todos los códigos postales en:
 - a. Condados de Montana: Carter
 - b. Condados de Nebraska: Sioux, Dawes
 - c. Condados de Dakota del Norte: Bowman
 - d. Condados de Wyoming: Campbell, Niobrara
- L. Garante: La parte responsable del pago total de los servicios de atención médica prestados cuando no están cubiertos por otra fuente del pagador o por un tercero. El garante puede o no ser el paciente (la persona que recibió los servicios).
- M. Grupo familiar: Incluirá al garante y a todos los demás adultos o todos los adultos o menores que vivan dentro de una residencia. También puede abarcar cualquier relación de dependencia como un hijo o un dependiente que asista a un programa de capacitación educativa o técnica, como un hijo dependiente que asista a un colegio o instituto técnico, formación de Job Corps, Outward Bound y similares que puedan requerir ausencias temporales de la residencia.
- N. Ingresos del grupo familiar: Los ingresos del grupo familiar se determinan calculando las siguientes fuentes de ingresos para todos los miembros elegibles del grupo familiar.
 1. Sueldos, salarios, propinas
 2. Ingresos comerciales, ganaderos y agrícolas
 3. Ingresos por Seguro Social y discapacidad
 4. Ingresos de pensión o jubilación
 5. Dividendos e intereses
 6. Alquileres y regalías
 7. Ingresos de patrimonio y fideicomisos
 8. Ingresos por desempleo o compensación de trabajadores

9. Manutención conyugal, incluyendo pensión alimenticia y órdenes de manutención infantil
 10. Premios, beneficios, asistencia pública o cualquier otro estipendio del programa, como SNAP, TANF, vivienda pública, beneficios para veteranos, etc.
 11. Adjudicaciones. Sentencias o pagos de seguros y anualidades
 12. Efectivo, cuentas bancarias, cuentas del mercado monetario, certificados de depósito, fondos mutuos, bonos, acciones personales u otras inversiones convertibles
 13. Apoyo financiero dado por otra persona/personas (Ver definición de apoyo financiero)
 14. Otros ingresos, como ingresos de fideicomisos, fundaciones benéficas, asistencia educativa, subvenciones o premios, estipendios de préstamos estudiantiles, etc.
 15. Vehículos secundarios incluyendo, entre otros, los de uso recreativo. (Ver definición de Bienes)
 16. Se pueden considerar bienes comerciales/agrícolas
 17. Los artículos que no se consideran para determinar los ingresos incluyen:
 - a. Valor de la residencia primaria
 - b. Valor de un vehículo primario
- O. Elegibilidad del seguro: El proceso de validar la cobertura de seguro de un paciente con el pagador por teléfono o mediante verificación en línea. La elegibilidad verifica: beneficios pagaderos, información del paciente, número de preautorización, copagos, información del coseguro, deducibles, estado de la póliza del paciente, fecha de entrada en vigor, tipo de plan e información de cobertura, exclusiones del plan, dirección postal de reclamos, remisiones y preautorizaciones, máximo de por vida e información adicional.
- P. Procedimientos no optativos/de emergencia: La atención o el tratamiento para condiciones médicas de emergencia según lo define la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA): Término usado para describir una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) de modo que se pueda esperar razonablemente que la falta de atención médica inmediata resulte en:
- Poner en grave peligro la salud de la persona o del feto
 - Deterioro grave de las funciones corporales
 - Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo
- A. Área de servicio: La lista de códigos postales que comprende el área del mercado de servicios de Monument Health, como se define con más detalle por residencia geográfica.
- B. Residente: De conformidad con la Ley 28-13-14 codificada de Dakota del Sur, un ocupante o paciente de cualquier centro de atención médica autorizado no podrá establecer su residencia por el hecho de convertirse en ocupante o paciente de dicha instalación y permanecer en ella. A los efectos de elegibilidad, los términos residente/residencia se definen como una persona que:
1. Reside dentro de un área de servicio de Monument Health de manera permanente a largo plazo, no tiene la intención presente de irse y, cuando esté ausente, tiene la intención de regresar
 2. No es dependiente de otras personas que residen fuera del área de servicio de Monument Health
 3. Ha residido por un mínimo de 60 días antes de recibir los servicios de atención médica. Los 60 días no incluyen el tiempo dedicado como ocupante o paciente de un centro de atención médica
 4. Puede demostrar lo anterior al dar evidencia de la documentación de elegibilidad del residente cuando se le pida

C. Documentación de elegibilidad del residente: Los solicitantes deben ser residentes establecidos permanentemente dentro del área de servicio de Monument Health (MHSA) definida por un mínimo de 60 días antes de la fecha de servicio como lo demuestra la evidencia de la documentación de residencia.

La evidencia solicitada incluiría los siguientes documentos, INCLUYENDO los nombres de los solicitantes:

1. Una copia de uno de estos:

- Una copia del contrato de alquiler, arrendamiento o hipoteca actual con la dirección física de residencia
- Una copia de la póliza de seguro de vivienda o de alquiler actual
- Una copia de los solicitantes como documento fiscal del propietario
- Estados de cuenta de servicios públicos para servicios de electricidad, agua, gas natural, propano o recolección de desechos (no incluye la facturación de un teléfono móvil)
- Un recibo de alquiler residencial (debe indicar el nombre comercial completo y el nombre y número de teléfono como contacto para la empresa de alquiler/administración de propiedades)
- Comprobante de empleo dentro del área de servicio de Monument Health en forma de recibo de sueldo/información de ganancias
- Carta de apoyo para adultos que viven con familiares, amigos u otras personas (ver la definición de *Apoyo financiero, Grupo familiar, Ingresos del grupo familiar*)

D. Asegurado de forma insuficiente: El paciente tiene algún nivel de seguro (privado o gubernamental) u otras opciones potenciales de asistencia, como Víctimas de Crímenes Violentos, seguro de auto, responsabilidad civil de terceros, etc., pero aún tiene gastos de bolsillo que exceden su capacidad financiera para pagar los servicios de atención médica en Monument Health.

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

F. Urgente: Término utilizado para describir la condición de un paciente que requiere admisión al hospital por una condición clínica que generalmente requeriría admisión para diagnóstico y tratamiento en 48 horas; de lo contrario, la vida o el bienestar del paciente podrían verse amenazados.

DIRECTRICES DE POLÍTICA

A. Requerimientos generales

1. Los solicitantes reciben una explicación de las políticas y los procedimientos que Monument Health usó para determinar si los solicitantes califican para el programa de descuentos de atención de beneficencia de Monument Health. El aviso de disponibilidad de asistencia financiera se distribuirá para que el público lo vea y acceda según los requisitos del Código de Impuestos Internos 501(r). La política de descuentos de ayuda de beneficencia, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud también están disponibles en el sitio web de Monument Health, www.monumenthealth.org.
2. Según el artículo 501(r)(5) del Código de Rentas Internas (Internal Revenue Code), la cantidad que cobremos por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las personas elegibles para el Programa de Ayuda Económica (Financial Assistance Program) se calculará usando el método prospectivo de Medicare, y la cantidad generalmente facturada (amount generally billed, AGB) será igual al total de los pagos que se esperan de Medicare y del beneficiario de Medicare. Este cálculo se hará para cada tipo de servicio. Puede obtener información de cómo se calcula la AGB contactando con Servicios Financieros para Pacientes. A los solicitantes elegibles para ayuda benéfica no se les cobrará más que la AGB por los servicios que califiquen.
3. Todas las políticas y procedimientos que se aplican a la asistencia financiera y la aprobación financiera se aplican de manera consistente e incluyen esfuerzos razonables para garantizar que se ofrezca

asistencia/orientación financiera antes de que se asigne un organismo de recaudación o se adopte una medida de recaudación extraordinaria (Extraordinary Collection Action, ECA).

4. Monument Health se reserva el derecho de revertir un descuento previamente registrado si se determina que había disponibilidad de recursos adicionales de terceros pagadores, o si la información proporcionada era falsa.

B. Servicios de emergencia

1. Monument Health cumplirá plenamente con todas las obligaciones impuestas por la Ley de Tratamiento Médico de Emergencia y Parto Activo (EMTALA) y sus regulaciones relacionadas, incluyendo, entre otras, proveer sin importar la capacidad de pago de un garante/paciente (y sin necesidad de una evaluación financiera previa al tratamiento) para la provisión de un examen médico a cualquier paciente que venga a un Departamento de Emergencia de Monument Health y pida un examen o tratamiento para una condición médica, incluyendo el trabajo de parto activo, y la provisión de un tratamiento estabilizador o un traslado apropiado para pacientes con condiciones médicas de emergencia.
2. Además, sin tener en cuenta la capacidad de pago de un garante/paciente y sin necesidad de una evaluación o aprobación financiera previa a la admisión, Monument Health dará a cualquier paciente que solicite servicios para una condición médica de emergencia la gama completa de servicios médicamente necesarios requeridos para tratar dicha condición y que se dan de manera rutinaria por el correspondiente hospital de Monument Health a otros pacientes con la misma condición.
3. Los pacientes que reciben servicios de conformidad con los párrafos a y b de arriba pueden ser remitidos para determinar si quieren pedir asistencia de conformidad con la Política de descuento de atención médica de beneficencia de Monument Health, después de la admisión, para cualquier parte de los cargos que no sean cubiertos por el seguro u otro pago de terceros.

FLUJO DE TRABAJO EN LA DETERMINACIÓN DEL DESCUENTO DE BENEFICENCIA

Los solicitantes pueden ser aprobados para descuentos de atención de beneficencia mediante una solicitud oral, sin completar una solicitud por escrito o sin su conocimiento cuando el personal de Monument Health cree con un alto grado de certeza que el garante puede no tener la capacidad de pagar los servicios prestados. Monument Health usa un proceso electrónico de determinación de Beneficencia presunta por interfaz directa entre el registro médico electrónico y una fuente de datos externa y pública. Utilizando la información provista, así como el tamaño e ingresos que informó del grupo familiar, Monument Health determinará la cantidad de descuentos de beneficencia que se aplicarán automáticamente para saldos por debajo de \$500 y según la tabla del Nivel Federal de Pobreza. Los ejemplos de tales servicios pueden incluir visitas al consultorio y todos los demás servicios ambulatorios.

La evaluación y administración y los servicios profesionales se evaluarán como un pago móvil basado en las pautas federales de pobreza publicadas más recientemente, como se indica en el Anexo D – Pago Móvil para Evaluación y Gestión (E&M) y Servicios Profesionales.

Ingreso bruto igual o inferior al Nivel Federal de Pobreza	Cantidad a amortizar
250%	100%
251% - 300%	Mejor tarifa de Medicare

A. Beneficencia presunta

Monument Health reconoce que no todos los solicitantes pueden completar la solicitud de asistencia financiera o dar la documentación requerida. Puede haber casos en los que se justifiquen descuentos de beneficencia y el garante califique para asistencia, a pesar de la falta de solicitudes formales y evaluación de ingresos descrita en esta política.

En el curso normal de la evaluación de la capacidad de pago de un garante, Monument Health, a su exclusivo criterio, puede declarar la cuenta del garante como incobrable y clasificar la cuenta como que cumple con los criterios de elegibilidad.

La elegibilidad presunta se puede dar a los solicitantes en función de circunstancias de la vida como, entre otras:

1. Ingresos brutos inferiores al 200% del límite federal de pobreza determinado por el uso de una fuente de datos externa disponible públicamente
2. Personas sin casa o atención de una clínica para personas sin casa
3. Participación en programas de mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC)
4. Recibir beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutritional Assistance Program, SNAP)
5. Recibir beneficios de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF)
6. Elegible para otros programas de asistencia estatales o locales, como víctimas de delitos violentos
7. Paciente fallecido sin cónyuge sobreviviente o patrimonio conocido
8. Dificultades catastróficas
9. Cuentas de deudas incobrables cerradas y devueltas por incapacidad de pago por parte de terceros recaudadores
10. Aprobación previa para recibir atención de beneficencia

B. Determinación de descuento de beneficencia

Para saldos de más de \$500, Monument Health solicitará documentación para respaldar un descuento de beneficencia. Un elemento esencial del proceso de determinación de descuentos de beneficencia implica la provisión por parte de los solicitantes de información completa y verificación, según sea necesario, sobre toda la información relevante de ingresos y bienes para los solicitantes. Esta información incluye, entre otros, la finalización de la Solicitud de asistencia financiera de Monument Health y el suministro de cualquier verificación relacionada solicitada. Las solicitudes y todos los documentos de verificación relacionados pueden entregarse en cualquier punto de entrada en todos los sitios de atención médica de Monument Health o pueden enviarse por correo a PO Box 3450, Rapid City, SD 57709-3450.

Para completar el proceso de determinación de descuentos de beneficencia, el solicitante debe cooperar plenamente con el personal y otros posibles pagadores para agotar la posibilidad de calificar para el pago de terceros por los servicios médicos solicitados o recibidos. Si un solicitante se niega o no responde alguna o todas las preguntas o no da la documentación de respaldo para el cuestionario o la Solicitud de asistencia financiera de Monument Health, no se aplicará un descuento de beneficencia, excepto en los casos de aplicación de la consideración de presunción de elegibilidad.

La atención de beneficencia estará disponible solo para servicios médicos que sean razonables y necesarios para el diagnóstico y tratamiento de enfermedades o lesiones. Los servicios que se consideran optativos, cosméticos o para la conveniencia del paciente no califican para la atención de beneficencia. La determinación de Monument Health de si la atención o los servicios son médicamente necesarios es definitiva.

Las siguientes entidades están excluidas de la calificación para un descuento de beneficencia:

- Cuidado a largo plazo
- Centro de vida asistida
- HME/DME de Home+ (exclusivo para suministros de terapia respiratoria)
- Cualquier otro servicio que normalmente no se brinda dentro de los departamentos de pacientes hospitalizados o ambulatorios de un hospital de cuidados agudos
- Servicios recibidos de proveedores de atención no empleados por Monument Health. En el sitio web de Monument Health, www.monumenthealth.org, hay una lista de proveedores que NO están incluidos en la Política de descuento de atención de beneficencia de Monument Health.

Las siguientes personas o lista parcial de procedimientos están excluidos de la calificación para un descuento de beneficencia. Para obtener la lista completa, vea el Anexo A - Exclusiones del programa de asistencia financiera:

- Pacientes internacionales
- Personas que residen fuera de las áreas de servicio de Monument Health (MHSA) como ya está definido
- Personas que eligen no tener cobertura de seguro asequible (ver definición)
- Las personas que no cumplan razonablemente con los requisitos del seguro, como la obtención de autorización, certificación o remisiones
- Cuentas o servicios de pacientes y garantes recibidos por un garante o paciente que está involucrado en un litigio pendiente que se relaciona o puede resultar en una generación de recuperación basada en los cargos por servicios prestados en Monument Health
- Servicios de estética y cirugía
- Servicios de bariatría y control de peso y cirugía
- Cirugía optativa dental y de la visión
- Procedimientos relacionados con la reproducción (como la fertilización in vitro, vasectomías, esterilización, etc.) excluyendo la interrupción del embarazo para preservar la vida de la madre
- Acupuntura y otros cuidados, pruebas o tratamientos no tradicionales
- Otros servicios no cubiertos, como cirugía ocular con láser, audífonos, etc.

El proceso de determinación de descuento de beneficencia implica la consideración de los bienes y los ingresos. La evaluación de los bienes es una determinación inherentemente subjetiva hecha teniendo en cuenta una variedad de factores que se consideran relevantes, incluidos, entre otros, la naturaleza y el alcance de los bienes, la magnitud de la obligación financiera del garante con Monument Health, el impacto de los bienes sobre la elegibilidad del garante para la cobertura de gastos médicos por parte de terceros pagadores como Medicaid, la naturaleza y el alcance de las necesidades financieras para las cuales los bienes se utilizan actualmente y la edad e ingresos del garante u otras partes responsables.

Todos los descuentos de beneficencia permitidos por Monument Health como reducciones en la obligación financiera del garante con Monument Health serán cancelados y eliminados de la cuenta de los solicitantes. Cuando se solicite, los solicitantes que reciben descuentos de beneficencia por parte de Monument Health recibirán un aviso por escrito sobre la cantidad del descuento y cualquier saldo restante adeudado a Monument Health a través del próximo estado de cuenta mensual programado o del resumen de transacciones de la cuenta/factura detallada.

Solo el saldo de la cuenta del garante/paciente adeudado después de la aplicación de cualquier ajuste contractual aplicable de terceros estará sujeto a consideración de descuento de beneficencia

Todas las deudas pendientes por fechas de servicio anteriores a la fecha de solicitud y para las que se generó el primer estado de cuenta hace 240 días o menos, estarán sujetas a la reducción del descuento aprobado. Monument Health reembolsará al garante/paciente cualquier pago personal hecho que exceda la cantidad adeudada después de que se revierta la aplicación del descuento aprobado como se describe en la Política del proceso de reembolso de Monument Health. No se aceptarán solicitudes ni se considerarán descuentos para fechas de servicios que excedan los 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta.

Los solicitantes previamente aprobados bajo un documento de descuento de beneficencia y que requieren servicios futuros pueden ser reevaluados 6 meses después de la fecha de aprobación de la solicitud inicial o antes si se notifica que se ha producido un cambio en el estado financiero del grupo familiar.

Fechas anteriores de servicio desde la fecha de la primera factura	Fechas futuras de servicio desde la fecha de aprobación de la solicitud
240 días	6 meses

OTRAS CONSIDERACIONES DEL PROGRAMA DE DESCUENTO DE BENEFICENCIA

La aprobación de Asistencia financiera y cualquier atención brindada que esté cubierta por el Programa de descuentos de atención de beneficencia no obliga a Monument Health a dar atención continua a menos que las leyes o regulaciones federales o estatales requieran lo contrario.

Al hacer determinaciones sobre el descuento, Monument Health se compromete a respetar las diversas leyes federales y estatales que impiden 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 leyes federales, estatales o locales.

REFERENCIAS

(Las referencias utilizadas durante la creación de la política)

- A. Política de proceso de reembolso PFS-8261-09
- B. Política de cobro de cuentas CS-8211-19

REGULACIONES/NORMAS

- A. *Código Electrónico de Regulaciones Federales, Título 42: Salud pública PARTE 405 SEGURO MÉDICO FEDERAL PARA ADULTOS MAYORES Y PERSONAS DISCAPACITADAS Subsección D - Contrato privado*
- B. *EMTALA. Sitio web de los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid. Disponible en:* <https://www.cms.gov/Regulations-and-Guidance/Legislation/EMTALA/index.html>

Todas las fechas de revisión: 01/2020, 05/2019, 04/2019, 01/2017, 11/2016, 09/2016

Anexos

- E. Exclusiones del Programa de Asistencia Financiera – ANEXO A
- F. Definiciones del Programa de Ayuda Financiera – ANEXO B
- G. Codigos Postales de Areas de Servicio de Asistencia Financiera – ANEXO C
- H. Pago Móvil para Evaluación y Gestión (E&M) y Servicios Profesionales – ANEXO D

Firmas de aprobación

Responsable de autorización	Fecha
Teresa Burroff: Consejo General	09/2020
Theodore Syverson: VP del Ciclo de facturación	09/2020
Sarah Hartwig: Directora del Sistema de acceso al paciente	09/2020

Aplicabilidad

No usar Orthopedic & Specialty Hospital, Monument Health, Monument Health Custer Hospital, Monument Health Home Plus, Monument Health Lead Deadwood Hospital, cuidados a largo plazo de Monument Health, clínicas médicas de Monument Health, Monument Health Rapid City Hospital, Monument Health Spearfish Hospital, Monument Health Sturgis Hospital, Same Day Surgery Center