



ANEXO B – DEFINICIONES DEL PROGRAMA DE AYUDA ECONÓMICA

Cantidades generalmente facturadas (AGB): La cantidad que generalmente se factura por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria a las personas que tienen seguro que cubre ese servicio de atención médica, y que se determina según la Sección 1.501(r) – 5(b). Se usa el Método prospectivo de Medicare para determinar las AGB.

Cantidades devueltas por agencias de cobros: Después de que haya transcurrido un cierto período de tiempo, la agencia de cobros devolverá cualquier cuenta que se considere incobrable. Las cuentas devueltas deben cancelarse como una forma de beneficencia, siempre que la agencia profesional haya determinado que el garante no puede pagar la factura pendiente.

Período de la solicitud: El período durante el cual un centro hospitalario debe aceptar y procesar una solicitud de ayuda económica que haya presentado una persona según su política de ayuda económica (FAP) con el fin de haber hecho esfuerzos razonables para determinar si una persona es elegible para la FAP. Con respecto a cualquier atención que haya dado un centro hospitalario a una persona, el período de solicitud comienza en la fecha en que se proporcione la atención a la persona y finaliza en el día 240 después de que el centro hospitalario le haya entregado a la persona la primera factura por la atención.

Bienes: Bienes inmuebles o personales, tangibles o intangibles, que tienen valor monetario. El valor del bien, que no sea el valor de la residencia principal y un vehículo principal, se considerará para determinar la elegibilidad y puede servir como base para denegar la elegibilidad para descuentos de ayuda benéfica a pesar de los ingresos elegibles del grupo familiar.

Autorización/precertificación: El proceso de obtención de autorización de todos los seguros aplicables (es decir, pagadores primarios, secundarios y terciarios) por servicios médicos, que con frecuencia implica una revisión de adecuación según los criterios médicos. La certificación previa también se conoce como certificación antes del ingreso o revisión antes del ingreso.

Deuda incobrable: Cargos brutos incurridos por prestar servicios a los garantes que se determinó que tenían la capacidad de pagar tales servicios, pero que eventualmente no lo hicieron. Esta determinación se puede hacer en el ingreso o en cualquier momento después.

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

Dificultades catastróficas: La ayuda económica que se da como un descuento a los solicitantes elegibles de grupos familiares con ingresos anuales superiores al 300% de las Directrices federales de pobreza y los gastos de bolsillo o la responsabilidad del garante/paciente que resulte de los servicios médicos prestados por Monument Health que superen el 15% de los ingresos anuales del grupo familiar.

Fallecido sin patrimonio: Las cuentas pendientes de una persona que fallece sin recuperar patrimonio, según lo determinado por un proveedor externo o una agencia de cobros asignada, deben cancelarse como ayuda económica. Si se recibe un pago parcial del patrimonio, el resto de la factura debe considerarse como ayuda económica.

Procedimiento electivo/condición que no es de emergencia/urgencia: 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 los resultados clínicos.

Episodio de atención: Curso de tratamiento recetado por un médico o un proveedor auxiliar que hace durante un período de tiempo limitado.

Medida extraordinaria de cobro (ECA): Como se describe en la Sección 501(r)(6) del Código de Impuestos Internos, es una acción que necesita un proceso legal o judicial o implica vender la deuda de una persona a otra parte o reportar información adversa a una agencia de informes de crédito o buró de crédito. Los ejemplos de las ECA incluyen, entre otros, poner un embargo sobre la propiedad de una persona, ejecutar una hipoteca sobre la propiedad real de una persona, embargar o incautar la cuenta bancaria de una persona o cualquier otra propiedad personal, iniciar una acción civil contra una persona, provocar el arresto de una persona o hacer que una persona esté sujeta a una orden de arresto por desacato.

Nivel federal de pobreza: Una medida de ingresos que publica cada año el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS).

Ayuda económica (descuento de ayuda benéfica/beneficencia): La ayuda económica es que los servicios de atención médica son gratis o con descuento para las personas que cumplen los criterios establecidos. Los términos “ayuda económica” y “ayuda benéfica” se usan indistintamente y describen la prestación de servicios a los pacientes que se determinó que *no* tenían la capacidad de pagar tales servicios por los que Monument Health al final no espera pago. Esta determinación se puede hacer en el ingreso o en cualquier momento después.

Aprobación económica: Los garantes/pacientes que cumplieron los siguientes criterios se consideran aprobados económicamente:

- A. Se proporcionó la información demográfica y de seguros necesaria para facilitar los requisitos de facturación y reportes, y se revisaron los saldos pendientes.
- B. Se verificaron los beneficios del seguro para una cobertura del 100%. Se determinó si los servicios están cubiertos basándose en la verificación de los beneficios con la aseguradora y en la decisión tomada por la aseguradora.
- C. Se obtuvieron las certificaciones previas/autorizaciones o remisiones a proveedores según se necesitaban.
- D. Se hicieron acuerdos de pago aceptables para cualquier responsabilidad económica identificada.
- E. Se buscaron otras fuentes de financiamiento, programas y servicios basados en la comunidad.
- F. Se completaron las solicitudes de Medicaid según correspondía.
- G. Los solicitantes cumplieron con dar la información necesaria para completar el proceso de aprobación económica.
- H. Todas las cantidades o depósitos que son responsabilidad del garante/paciente identificados se cobrarán de conformidad con los protocolos aceptados para incluirlos antes del servicio, cuando se preste el servicio y en el alta.

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

SEGURO MÉDICO FEDERAL PARA ADULTOS MAYORES Y PERSONAS DISCAPACITADAS Subsección D - Contratos privados

Apoyo económico: Se definirá como el dinero, alojamiento o comida y los gastos relacionados que una parte que no sea un miembro del grupo familiar proporciona a un solicitante por un período de seis (6) meses o menos debido a una situación médica de corto plazo, desempleo, reubicación, etc. El valor monetario del apoyo se determinará 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 se proporciona el apoyo por un plazo superior a seis (6) meses, el apoyo se considerará permanente y los solicitantes se considerarán miembros del grupo familiar de las otras partes.

Residencia geográfica y área de servicio de Monument Health (RHSA): La elegibilidad para recibir la ayuda económica se basa en la residencia establecida de forma permanente del solicitante, ya que se relaciona con las áreas de servicio primarias, secundarias y terciarias de Monument Health.

- A. La elegibilidad del área de servicio la determinará Monument Health usando el código postal de la residencia establecida de manera permanente del garante/paciente. *Anexo - Lista de códigos postales del área de servicio*
- B. 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 terciaria de Monument Health, serán elegibles para el descuento de ayuda benéfica 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.
- C. Los solicitantes cuya residencia permanente establecida está fuera de cualquiera de las RHSA definidas no son elegibles para el descuento de ayuda benéfica.

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.

Asequibilidad del seguro de atención médica: Un plan de seguro médico basado que cubre *solo al empleado y que cuesta el 10%* o menos del ingreso del grupo familiar del empleado. El plan que se usa para definir la asequibilidad es el plan “solo para uno” con el precio más bajo disponible, lo que significa que el plan **únicamente** cubre al empleado, no a los dependientes. Esto es cierto aun si el plan que se elige cuesta más o cubre a los dependientes. El costo es **la cantidad que el solicitante pagaría** por el seguro, no la prima total del plan cuando las primas se reducen por la contribución del empleador, créditos fiscales, etc. Se usan los **ingresos totales del grupo familiar** del solicitante en la determinación de asequibilidad.

Entorno de hospital: Servicios y suministros que se proporcionan en las instalaciones de cualquier hospital de Monument y que se facturan bajo el nombre del hospital.

Grupo familiar: Incluirá al garante y a todos los demás adultos o menores que vivan en una residencia. También puede incluir cualquier relación de dependencia como un hijo o dependiente que asista a un programa de capacitación educativa o técnica como una universidad o instituto técnico, Job Corps, Outward Bound y similares que puedan requerir ausencias temporales de la residencia física.

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.

- Salarios, sueldos, propinas
- Ingresos comerciales, ganaderos y agrícolas
- Ingresos por Seguro Social y discapacidad
- Ingresos de pensión o jubilación
- Dividendos e intereses
- Alquileres y regalías
- Ingresos de patrimonios y fideicomisos
- Ingresos por desempleo o compensación de los trabajadores
- Pensión alimenticia y manutención de menores
- Premios, beneficios, asistencia pública o cualquier otro estipendio del programa, como SNAP, TANF, vivienda pública, beneficios para veteranos, etc.
- Adjudicaciones legales, sentencias o pagos de seguros y anualidades
- Dinero en efectivo, cuentas bancarias, cuentas del mercado de dinero, certificados de depósito, fondos mutuos, bonos, acciones personales u otras inversiones convertibles
- Apoyo económico dado por otra persona/personas (vea la definición de Apoyo económico)
- Otros ingresos, como ingresos de fideicomisos, fundaciones benéficas, asistencia educativa, subvenciones o premios, estipendios de préstamos estudiantiles, etc.
- Vehículos secundarios o de tipo recreativo (bienes personales)
- Los activos comerciales o agrícolas que se pueden considerar artículos que no se toman en cuenta para determinar los ingresos incluyen:
 - Valor de la residencia primaria
 - Valor de un vehículo primario

Elegibilidad del seguro: El proceso de validar la cobertura del seguro de un paciente con el pagador por teléfono o mediante verificación en línea. La elegibilidad verifica: beneficios pagaderos, información del paciente, número de autorización previa, copagos, información del coseguro, deducibles, estado de la póliza del paciente, fecha de inicio, tipo de plan e información de cobertura, exclusiones del plan, dirección postal para reclamos, remisiones y autorizaciones previas, máximo de por vida e información adicional.

Activos líquidos: Recursos/posesiones además de ingresos. Que incluyen, entre otros, cuentas de ahorro, de cheques e inversiones que se pueden convertir rápidamente en dinero en efectivo.

Medicamento necesario: La atención y los servicios médicamente necesarios incluyen procedimientos y tratamientos necesarios para diagnosticar y proporcionar tratamientos curativos o paliativos para condiciones físicas o mentales, que ordene un profesional médico calificado, de acuerdo con los estándares de atención médica reconocidos profesionalmente. El término “medicamente necesario” no incluye la lista de exclusiones que está en el Anexo A. Para fines de esta política, Monument Health se reserva el derecho de determinar, caso por caso, si la atención y los servicios cumplen la definición y el estándar de “medicamente necesario” con el propósito de la elegibilidad para ayuda económica. Para los pacientes que buscan que la política de ayuda económica cubra

servicios que no sean de emergencia, Servicios Financieros para Pacientes evaluará el servicio antes de programarlo para determinar si el servicio es médicamente necesario y avisar al paciente la determinación que se tomó.

Cancelaciones diversas: Cargos brutos en que se incurran cuando se presten servicios a pacientes que se haya determinado que tenían la capacidad de pagar, pero basándose en litigios, disputas, etc., se tomó una decisión administrativa de no exigir el pago.

MPPR: Tarifa del proveedor participante de Medicare

Procedimientos no electivos/de emergencia: Término usado para describir una condición médica que se manifiesta por síntomas agudos de suficiente gravedad (incluyendo dolor intenso) de manera 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 bebé no nacido
- Deterioro grave de las funciones del cuerpo
- Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

Período de aviso: El período en el que un centro hospitalario debe avisar a una persona sobre su FAP de acuerdo con la Sección 501(r)-6(c)(2) con el fin de haber hecho esfuerzos razonables para determinar si la persona es elegible para la FAP. Con respecto a cualquier atención que haya dado un centro hospitalario a una persona, el período del aviso termina el día 120 después de que el centro le haya entregado a la persona la primera factura por la atención.

Resumen en lenguaje simple: Una declaración por escrito que tiene información para la persona sobre la Política de ayuda económica en un formato claro, conciso y fácil de entender.

Beneficencia supuesta: En lugar de una solicitud completa, la ayuda económica puede aprobarse basándose en la información recopilada de la historia del paciente y los datos socioeconómicos actuales.

Residente: Para fines de elegibilidad, los términos residente/residencia se definen como una persona que:

- Vive en algún lugar de manera permanente, de largo plazo, actualmente no tiene la intención de irse y, cuando esté ausente, tiene la intención de regresar.
- No es dependiente de otras personas que viven fuera del área de servicio de Monument Health.
- Ha establecido residencia por un mínimo de 60 días.
- Puede demostrar lo anterior proporcionando documentación que muestre su elegibilidad por su residencia cuando se le solicite incluyendo, entre otros, un contrato de alquiler, arrendamiento o hipoteca vigente o una póliza de seguro de propietario o inquilino vigente, una copia de la tasación del impuesto a la propiedad, prueba de empleo, factura de servicios públicos de electricidad, agua, gas natural, propano o recogida de basura, un recibo de alquiler residencial o una carta de apoyo económico de una persona que cumple la definición de residente.

Área de servicio: La elegibilidad para ayuda económica se basa en el lugar donde está la residencia establecida de forma permanente del solicitante, ya que se relaciona con las áreas de servicio primarias, secundarias y terciarias de Monument Health.

- La elegibilidad del área de servicio la determinará Monument Health usando el código postal de la residencia establecida de manera permanente del garante/paciente. *Anexo E - Lista de códigos postales del área de servicio*
- 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 terciaria de Monument Health, serán elegibles para el descuento de ayuda benéfica 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 de su residencia permanente establecida.
- Los solicitantes cuya residencia permanente establecida está fuera de cualquiera de las RHSA definidas no se consideran elegibles para el descuento de ayuda benéfica.

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 (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 está compuesta de todos los códigos postales en:

Condados de Dakota del Sur: Butte, Custer, Fall River, Lawrence, Meade, Oglala Lakota (antes Shannon) y Pennington

Condados de Wyoming: Crook

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:

Condados de Dakota del Sur: Harding **Condados de Wyoming:** Weston

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:

Condados de Montana: Carter **Condados de Dakota del Norte:** Bowman
Condados de Nebraska: Sioux, Dawes **Condados de Wyoming:** Campbell, Niobrara

Evento o episodio único de atención (plan de tratamiento): Un solo evento o episodio de atención (plan de tratamiento) incluye todos los servicios prestados a un paciente para tratar una condición clínica o para un procedimiento. Los servicios que se incluyen en un solo evento o un solo episodio de atención (plan de tratamiento) pueden ocurrir en un período de tiempo específico o pueden estar relacionados con una condición, diagnóstico o procedimiento específico.

Pagador tercero: Cualquier seguro comercial, plan de beneficios médicos, programa patrocinado por el empleador, organización para el mantenimiento de la salud o acuerdo similar que pueda ser legalmente responsable del pago de los cargos incurridos por servicios médicos se refiere en esta política como un pagador tercero. Los pagadores terceros para fines de esta política no incluyen a Medicare, Medicaid ni programas de seguro médico similares federales o estatales. Las personas que optan por no participar en cualquiera/todos los seguros disponibles, planes de beneficios médicos, programas patrocinados por el empleador, organización para el mantenimiento de la salud, Mercado de Seguros Médicos o similares no se incluirán para considerarlas en el Programa de ayuda económica.

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

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 mediante un pagador patrocinado por el gobierno como Medicare o Medicaid.

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