



Área de la política Ciclo de ingresos
Aplicabilidad del Monument Health System-Wide

Política de descuentos de ayuda benéfica de Monument Health

Número de póliza: CS-8211-02

POLÍTICA GENERAL

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

El presupuesto de ayuda benéfica de Monument Health define los recursos anuales de ayuda benéfica disponibles entre los que la gerencia buscará administrar esta política y su Programa de ayuda económica. Los descuentos de ayuda benéfica se determinan usando criterios externos, como puntuaciones de crédito, y criterios obtenidos internamente, como la residencia, la disponibilidad de ingresos, bienes y otras fuentes de fondos que se consideran 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 y un descuento a la mejor tarifa de Medicare si el ingreso bruto anual del grupo familiar calculado está entre 201% y 300% de las Directrices federales de pobreza del HHS más recientes.

Los cargos por Evaluación y administración (E & M)/visitas en el consultorio se calcularán con un pago variable basándose en las Directrices federales de pobreza más recientes como se establece en el Anexo D - Escala variable de pago de la Evaluación y administración (E & M)

Ingreso bruto igual o inferior al FPL	Cantidad condonada
250%	100%
251%-300%	Mejor tarifa de Medicare

Anexos a la política:

- A - Exclusiones del programa de ayuda económica
- B - Definiciones del programa de ayuda económica
- C - Código postal del área de Servicio de ayuda económica
- D - Escala variable de pago de la Evaluación y administración (E & M)

Consulte en monument.health para obtener la siguiente información:

- Solicitud del programa de ayuda económica
- Matriz de ingresos y reducción de deuda de la política de ayuda económica
- Resumen en lenguaje sencillo de la política de ayuda económica
- Proveedores cubiertos por la política de ayuda económica
- Proveedores no cubiertos por la política de ayuda económica

ALCANCE

Esta política se aplica a (1) las filiales de propiedad o control absoluto de Monument Health Inc., y (2) cualquier otra entidad u organización en la que una filial de Monument Health tenga un interés de capital o 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 medicamento necesaria en un centro de Monument Health.

DEFINICIONES

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

Asequible: Un plan médico se considera asequible y cumple el estándar federal de “valor mínimo” como sigue:

- A. El plan del seguro que se usa para definir la asequibilidad es el **plan con el precio más bajo** que cubre al solicitante y a los beneficiarios adicionales si la cobertura se necesita para los servicios médicos razonables y necesarios para diagnosticar y tratar una enfermedad o lesión de los beneficiarios. Esta definición se mantiene aun si se está inscribiendo en un plan con primas más altas.
- B. Para una cobertura médica basada en el empleo, el costo es la cantidad que el solicitante (el empleado) pagaría por la cobertura, sin incluir la cantidad pagada por un empleador en su nombre para alcanzar la prima total del plan.
- C. Se usan los ingresos totales del grupo familiar del solicitante según la definición de ingresos del grupo familiar.
- D. Veá el cuadro

Solicitante únicamente	10% de ingresos brutos del grupo familiar
Solicitante y cónyuge	13% de ingresos brutos del grupo familiar
Solicitante e hijos	12% de ingresos brutos del grupo familiar
Solicitante y familia	18% de ingresos brutos del grupo familiar

Fuente de referencia: Ley codificada de Dakota del Sur (South Dakota Codified Law) 28-13-32.11 Determinación de la capacidad de compra del seguro médico del grupo familiar

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.

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, determinada según la Sección 1.501(r) - 5(b). Se usa el Método prospectivo de Medicare para determinar las AGB.

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 o el total de la responsabilidad de los gastos de bolsillo que resulte de un solo evento de crisis médica/episodio de atención (plan de tratamiento) en el que la responsabilidad del garante/paciente por los servicios médicos relacionados que haya prestado Monument Health supere el 15% de los ingresos anuales del grupo familiar y se hayan cumplido todos los criterios relacionados con la aprobación económica (definición A-).

Procedimiento electivo/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.

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

Descuento por ayuda económica/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.

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 dando 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 de referencia: Código de Reglamentos Federales Electrónico, Título 42: Salud pública PARTE 405 SEGURO MÉDICO FEDERAL PARA ADULTOS MAYORES Y PERSONAS DISCAPACITADAS Subsección D - Contrato privado

Apoyo económico: Para fines de esta política, apoyo económico es el dinero, alojamiento o comida y 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.

- A. Si se proporciona dinero, alojamiento o comida y los gastos asociados a cambio de desempeñar servicios domésticos por otra parte, la consideración del apoyo económico y las personas definidas como empleados domésticos se hará de acuerdo con la *Publicación 926 del IRS, Guía de Impuestos para Empleadores Domésticos*.
- B. El valor monetario de cualquier apoyo que se prolongue, si no se declara y demuestra mediante la documentación descrita en esta póliza como parte del cálculo de ingresos, puede determinarse por el costo promedio total del alquiler comunitario, el costo promedio de servicios públicos del grupo familiar y el costo promedio de la comida según se determine usando una fuente de datos externa disponible públicamente. Este valor se traducirá en un beneficio de ingresos mensuales para el solicitante.
- C. 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 la otra parte.

Residencia geográfica y área de servicio de Monument Health (MHSA): 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 la 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 esté fuera de cualquiera de las MHSAs definidas **NO SON ELEGIBLES** para el descuento de ayuda benéfica.
- D. El área de servicio **PRIMARIA** de Monument Health (MHSAs) 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:
 1. Condados de Dakota del Sur: Butte, Custer, Fall River, Lawrence, Meade, Oglala Lakota (antes Shannon) y Pennington
 2. Condados de Wyoming: Crook
- E. 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:
 1. Condados de Dakota del Sur: Harding
 2. Condados de Wyoming: Weston
- F. 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:
 1. Condados de Montana: Carter
 2. Condados de Nebraska: Sioux, Dawes
 3. Condados de Dakota del Norte: Bowman
 4. Condados de Wyoming: Campbell, Niobrara

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 ser el paciente (la persona que recibió los servicios) o no.

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 incluir cualquier relación de dependencia como un hijo o un dependiente que asista a un programa de capacitación educativa o técnica, un hijo dependiente que asista a una universidad o instituto técnico, capacitación de Job Corps, Outward Bound y similares que puedan requerir ausencias temporales de la residencia.

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. *Fuente de referencia: Ley codificada de Dakota del Sur 28-13-1.2; 28-13-32.7; 28-13-32.8; 28-13-32.8; 28-13-32.9*

- A. Salarios, sueldos, propinas
- B. Ingresos comerciales, ganaderos y agrícolas

- C. Ingresos por Seguro Social y discapacidad
- D. Ingresos de pensión o jubilación
- E. Dividendos e intereses
- F. Alquileres y regalías
- G. Ingresos de patrimonios y fideicomisos
- H. Ingresos por desempleo o compensación de los trabajadores
- I. Manutención conyugal, incluyendo pensión alimenticia y órdenes de manutención de menores
- J. Premios, beneficios, asistencia pública o cualquier otro estipendio del programa, como SNAP, TANF, vivienda pública, beneficios para veteranos, etc.
- K. Adjudicaciones legales Sentencias o pagos de seguros y anualidades
- L. Dinero en efectivo, cuentas bancarias, cuentas del mercado de dinero, certificados de depósito, fondos mutuos, bonos, acciones personales u otras inversiones convertibles
- M. Apoyo económico dado por otra persona/personas (Ver definición de *Apoyo económico*)
- N. Otros ingresos, como ingresos de fideicomisos, fundaciones benéficas, asistencia educativa, subvenciones o premios, estipendios de préstamos estudiantiles, etc.
- O. Vehículos secundarios incluyendo, entre otros, los de uso recreativo (Vea la definición de *Bienes*)
- P. Pueden considerarse los bienes comerciales/agrícolas
- Q. Los artículos que no se consideran para determinar los ingresos incluyen:
 - 1. Valor de la residencia primaria
 - 2. Valor de un solo 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.

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:

- A. Poner en grave peligro la salud de la persona o del bebé no nacido
- B. Deterioro grave de las funciones del cuerpo
- C. Disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo

Supuesta: Situaciones en las que Monument Health puede asegurar la calificación de un paciente o garante elegible para descuento por ayuda benéfica a pesar de la falta de tal documentación y la imposibilidad resultante de hacer la evaluación de ingresos como se describe en esta política. Cuando el personal de Monument Health crea, con un alto grado de certeza, que es posible que el garante no pueda pagar los servicios prestados, también se puede utilizar un proceso electrónico de determinación de Beneficencia supuesta mediante una interfaz directa entre el expediente médico electrónico y una fuente de datos externa y públicamente disponible. Monument Health, a su exclusivo criterio, puede declarar la cuenta del garante como incobrable y clasificar la cuenta como que cumple los criterios de elegibilidad

Residente: Para fines de elegibilidad, los términos residente/residencia se definen como una persona que: 28-13-3

- A. Vive dentro de un área de servicio de Monument Health de manera permanente y de largo plazo, actualmente no tiene la intención de irse y, cuando esté ausente, tiene la intención de regresar.
- B. No es dependiente de otras personas que viven fuera del área de servicio de Monument Health.
- C. Ha vivido 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.
- D. Puede demostrar lo anterior entregando evidencia de la documentación de elegibilidad del residente cuando se le pida.
- E. Documentación de elegibilidad del residente: Los solicitantes deben ser residentes establecidos permanentemente dentro del área de servicio definida de Monument Health (MHSA) por un mínimo de 60 días antes de la fecha de servicio como lo muestra 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 los siguientes:
 - Una copia del contrato de alquiler, arrendamiento o hipoteca actual con la dirección física de residencia
 - Una copia de la póliza de seguro de la vivienda o del alquiler actual que tenga la dirección de la residencia
 - Una copia de la declaración de impuestos de los solicitantes como propietario del bien con la dirección de la residencia
 - Estados de facturación de servicios públicos por servicios de electricidad, agua, gas natural, propano o recogida de desechos (no incluye la facturación de un teléfono móvil) en los que esté la dirección de residencia

- Un recibo de alquiler residencial (debe tener el nombre comercial completo y el nombre y teléfono como contacto de la compañía de alquiler/administración de propiedades)
- Comprobante de empleo dentro del área de servicio de Monument Health en forma de recibo de sueldo/información de ingresos que tenga la dirección de la residencia
- Carta de apoyo para adultos que viven con familiares, amigos u otras personas (ver la definición de *Ayuda económica, Grupo familiar, Ingresos del grupo familiar*)

F. De conformidad con la Ley codificada 28-13-14 de Dakota del Sur, un ocupante o paciente de cualquier centro de atención médica autorizado no podrá establecer su residencia por el hecho de ser y seguir siendo ocupante o paciente de dicho centro.

Área de servicio: La lista de códigos postales que comprenden el área del mercado de servicios de Monument Health, como se define por residencia geográfica. *Vea también la Definición de la residencia geográfica y el área de servicio de Monument Health (MHSA)*

Con 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 verse amenazados.

DIRECTRICES DE LA POLÍTICA

A. Requisitos generales

1. El aviso de disponibilidad de ayuda económica 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 benéfica, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud también están disponibles en el sitio web de Monument Health, www.monument.health. Los solicitantes deben recibir una explicación de las políticas y los procedimientos que Monument Health usó para determinar si los solicitantes califican para el Programa de descuentos de ayuda benéfica de Monument Health.

2. Todas las políticas y procedimientos que se aplican a la ayuda económica y la aprobación económica se aplican de manera congruente e incluyen esfuerzos razonables para asegurarse de que se ofrezca asistencia/orientación financiera antes de que se asigne a una agencia de cobros o se adopte una medida de recaudación extraordinaria (ECA).
3. Monument Health se reserva el derecho de revertir un descuento previamente registrado si se determina que había disponibilidad de recursos adicionales de pagadores terceros, o si la información que se proporcionó para tomar la determinación final de elegibilidad era falsa.
4. De acuerdo con la política de Aprobación económica de Monument Health, la ayuda económica y la determinación de aprobación económica se evaluará cuidadosamente de manera que permita asegurarse de que haya el tiempo adecuado para programar los servicios médicamente necesarios. La utilización del tiempo promedio típico de antelación para la aprobación económica de pago por cuenta propia/sin seguro, según se define en la Política de aprobación económica, se usará como la directriz para la determinación de elegibilidad. Los requisitos de los esfuerzos razonables y de aviso se estipulan de acuerdo con los requisitos establecidos en la Sección 501(r)(6) del IRS.

B. Servicios de emergencia

1. Monument Health cumplirá completamente con todas las obligaciones impuestas por la Ley de tratamiento médico de emergencia y parto activo (EMTALA) y sus reglamentaciones relacionadas incluyendo, entre otras, proveer sin importar la capacidad de pago de un garante/paciente (y sin necesidad de una evaluación financiera antes del tratamiento) para la provisión de un examen médico a cualquier paciente que venga a un Departamento de Emergencias 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 económica antes del ingreso, Monument Health dará a cualquier paciente que solicite servicios para una condición médica de emergencia la gama completa de servicios médicamente necesarios para tratar dicha condición y que se prestan rutinariamente por el correspondiente hospital de Monument Health a otros pacientes con la misma condición.
3. A los pacientes que reciben servicios de conformidad con los párrafos a y b de arriba se les puede remitir para determinar si quieren pedir asistencia según la Política de descuentos de ayuda benéfica de Monument Health, después de la admisión, para cualquier parte de los cargos que cubra el seguro ni otro pago de terceros.

FLUJO DE TRABAJO EN LA DETERMINACIÓN DEL DESCUENTO DE BENEFICENCIA

A los solicitantes se les puede aprobar para descuentos de ayuda benéfica mediante una solicitud verbal, sin completar una solicitud por escrito o sin su conocimiento cuando el personal de Monument Health crea con un alto grado de certeza que es posible que el garante no tenga la capacidad de pagar los servicios prestados. Monument Health puede usar un proceso electrónico de determinación de Beneficencia supuesta por interfaz directa entre el expediente médico electrónico y una fuente de datos externa y pública. Con la información que se proporcionó y el tamaño e ingresos reportado del grupo familiar, Monument Health determinará la cantidad del descuento 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 en el consultorio y todos los demás servicios ambulatorios.

Los cargos por Evaluación y administración (E & M)/visitas en el consultorio se calcularán con un pago variable basándose en las Directrices federales de pobreza más recientes como se establece en el Anexo D - Escala variable de pago de la Evaluación y administración (E & M)

Ingreso bruto igual o inferior al Nivel federal de pobreza	Cantidad condonada
250%	100%
251%-300%	Mejor tarifa de Medicare

A. Beneficencia supuesta

Monument Health reconoce que puede haber situaciones en las que sea imposible o impráctico que un paciente o garante complete la solicitud de ayuda económica o proporcione la documentación necesaria para respaldar la solicitud. Tales situaciones pueden asegurar la calificación del paciente o garante a pesar de la falta de dicha documentación y la imposibilidad resultante de hacer la evaluación de ingresos como se describe en esta política.

En el proceso normal de la evaluación de la capacidad de pago de un garante, Monument Health puede usar un proceso electrónico de determinación de Beneficencia supuesta por interfaz directa entre el expediente médico electrónico y una fuente de datos externa y pública. Monument Health, a su exclusivo criterio, puede declarar la cuenta del garante como incobrable y clasificar la cuenta como que cumple los criterios de elegibilidad

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

1. Ingresos brutos inferiores al 250% del límite federal de pobreza determinado por el uso de una fuente de datos externa disponible públicamente
2. Personas sin hogar o atención en una clínica para personas sin hogar
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 federales, estatales o locales que se considere como programas de ingresos bajos/recursos bajos, donde se necesita y completa una evaluación económica que hace una agencia federal, estatal o local antes de dar la calificación, como el programa de Vales de elección de vivienda (Sección 8)
7. Elegible para otros programas de ayuda estatales o locales, como víctimas de delitos violentos
8. Paciente fallecido sin cónyuge sobreviviente ni patrimonio conocido
9. Dificultades catastróficas
10. Cuentas de deudas incobrables cerradas y devueltas por incapacidad de pago por parte de terceros recaudadores
11. Aprobación previa para recibir ayuda benéfica

B. Determinación del descuento de beneficencia

1. Para saldos de más de \$500, Monument Health solicitará documentación para respaldar un descuento de beneficencia. Un elemento esencial del proceso de determinación del descuento de beneficencia incluye la entrega de información completa y verificación de los solicitantes, según sea necesario, sobre toda la información relevante de ingresos y bienes de los solicitantes. Esta información incluye, entre otros, completar la Solicitud de ayuda económica de Monument Health y entregar cualquier verificación relacionada que se solicite. Las solicitudes y todos los documentos de verificación relacionados pueden entregarse en cualquier punto de entrada en todos los lugares de atención médica de Monument Health o pueden enviarse por correo a PO Box 3450, Rapid City, SD 57709-3450.
2. Para completar el proceso de determinación del descuento de beneficencia, el solicitante debe cooperar completamente 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 ayuda económica de Monument Health, no se aplicará un descuento de beneficencia, excepto en los casos en que se aplique la consideración de supuesta elegibilidad.
3. El proceso de determinación del descuento de beneficencia implica la consideración de los bienes y los ingresos. La evaluación de los bienes es una determinación inherentemente subjetiva que se hace teniendo en cuenta una diversidad de factores que se consideran relevantes incluyendo, entre otros, la naturaleza y el alcance de los bienes, la magnitud de la obligación financiera del garante con Monument Health, el efecto 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 económicas para las que los bienes se utilizan actualmente y la edad e ingresos del garante u otras partes responsables.

4. La ayuda benéfica 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 electivos, cosméticos o para la conveniencia del paciente no califican para la ayuda benéfica. La determinación de Monument Health en cuanto a si la atención o los servicios son médicamente necesarios es definitiva. *Fuente de referencia: Ley codificada de Dakota del Sur 28-13-27.1 Servicios de hospital médicamente necesarios*
5. Las siguientes entidades están excluidas de la calificación para un descuento de beneficencia:
 - a. Atención de largo plazo
 - b. Costos o atención den un centro de vida asistida
 - c. HME/DME de Home+ (exclusivo para suministros de terapia respiratoria)
 - d. Cualquier otro servicio que normalmente no se presta en los departamentos de pacientes hospitalizados o ambulatorios de un hospital de atención de casos agudos
 - e. Cualquier servicio que se defina como servicio pagado en efectivo
 - f. Servicios que se reciban de proveedores de atención que no son empleados de Monument Health
 - g. En el sitio web de Monument Health, www.monument.health, hay una lista de proveedores que NO están incluidos en la Política de descuentos de ayuda benéfica de Monument Health
6. 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 ayuda económica:**
 - a. Pacientes internacionales
 - b. Personas que viven fuera de las áreas de servicio de Monument Health (MHSA)
 - c. Personas que eligen no tener cobertura de seguro asequible
 - d. Las personas que no cumplan razonablemente los requisitos del seguro, como la obtención de autorización, certificación o remisiones
 - e. Cuentas o servicios de pacientes y garantes que reciba 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
 - f. Servicios de estética y cirugía
 - g. Servicios y cirugía bariátrica y de control de peso
 - h. Cirugía de la vista y dental electiva
 - i. Procedimientos relacionados con la reproducción (como la fecundación in vitro, reversión de la esterilización, etc.) excluyendo la interrupción del embarazo para preservar la vida de la madre

- j. Acupuntura y otros cuidados, pruebas o tratamientos no tradicionales
 - k. Otros servicios no cubiertos, como cirugía ocular con láser, aparatos auditivos, etc.
7. Todos los descuentos de beneficencia que permita Monument Health como reducciones en la obligación económica del garante con Monument Health se cancelarán y eliminarán de la cuenta del solicitante. A los solicitantes que reciban descuentos de beneficencia de Monument Health se les avisará por escrito cuánto es la cantidad del descuento y cualquier saldo restante adeudado a Monument Health por medio del siguiente estado de cuenta mensual programado o del resumen de transacciones de la cuenta/factura detallada.
 8. Todos los descuentos de beneficencia permitidos por Monument Health como reducciones en la obligación económica del garante con Monument Health se cancelarán y eliminarán de la cuenta del solicitante. A los solicitantes que reciban descuentos de beneficencia de Monument Health se les avisará por escrito cuánto es la cantidad del descuento y cualquier saldo restante adeudado a Monument Health por medio del siguiente estado de cuenta mensual programado o del resumen de transacciones de la cuenta/factura detallada.
 9. Solo el saldo de la cuenta del garante/paciente adeudado después de la aplicación de cualquier ajuste contractual de terceros estará sujeto a consideración para el descuento de beneficencia.
 10. Todas las deudas pendientes por servicios prestados antes de la fecha de solicitud estarán sujetas a la reducción según el descuento aprobado, siempre que el primer estado de cuenta de estas deudas se haya generado hace 240 días o menos. Monument Health reembolsará al garante/paciente cualquier pago personal que haya hecho que supere 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 superen los 240 días a partir de la fecha del primer estado de cuenta.
 11. A los solicitantes previamente aprobados según una solicitud firmada y con documentos que respalden un descuento de beneficencia y que necesiten servicios futuros se les puede reevaluar 6 meses después de la fecha de aprobación de la solicitud inicial o antes si se avisa que hubo un cambio en la situación económica del grupo familiar.

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

OTRAS CONSIDERACIONES DEL PROGRAMA DE DESCUENTOS DE BENEFICENCIA

La aprobación de ayuda económica y cualquier atención proporcionada que esté cubierta por el Programa de descuentos de ayuda benéfica no obliga a Monument Health a dar atención continua, a menos que las leyes o reglamentaciones federales o estatales exijan lo contrario.

Cuando se estén haciendo las determinaciones sobre el descuento, Monument Health se compromete a respetar las diversas leyes federales y estatales que impiden la discriminación por 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

(Referencias usadas durante la creación de la política)

- A. Política de aprobación económica 11502304
- B. Política del proceso de reembolso PFS-8261-09
- C. Política del cobro de cuentas CS-8211-19
- D. Ley codificada de Dakota del Sur [Capítulo 28-13](#)

REGLAMENTACIONES/NORMAS

- A. *Código de Reglamentos Federales Electrónico, 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>*
- C. Requisitos del Servicio de Impuestos Internos para hospitales 501(c)(3) según la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio - Sección 501(r) | Servicio de Impuestos Internos (irs.gov)

Anexos

[A: Exclusiones del Programa de ayuda económica](#)

[B: Definiciones del Programa de ayuda económica](#)

[C: Código postal del área de Servicio de Ayuda Económica](#)

Aplicabilidad

Monument Health Custer Hospital, Monument Health Home Plus, Monument Health Lead Deadwood Hospital, Monument Health Long Term Care, Monument Health Medical Clinics, Monument Health Rapid City Hospital, Monument Health Spearfish Hospital, Monument Health Sturgis Hospital, Monument Health System-Wide, Monument Health Orthopedic & Specialty Hospital