

# Fulton County Health Center

## Asistencia Financiera

Autora: JENEE SEIBERT (DIRECTORA DE FINANZAS) Fecha de Entrada en Vigor: 8/1/2018

Aprobado por: JENEE SEIBERT (DIRECTORA DE FINANZAS)

---

**Propósito:** Para asegurar que el Fulton County Health Center (*Centro de Salud del Condado de Fulton*) cumpla con sus obligaciones a la comunidad de proporcionar asistencia financiera de manera justa, consistente y objetiva.

### I. Política

- A. Es tanto la filosofía como la práctica de Fulton County Health Center (FCHC) que todos los servicios de atención médica de emergencia y los servicios de la atención médica que son médicamente necesarios (véase el anexo C) deben estar disponibles para todos los individuos sin discriminación, independientemente de su capacidad de pagar o de su elegibilidad bajo esta Política de Asistencia Financiera. Esto es consistente con el Proceso de Detección Médica en el Departamento de Emergencias. Véase la política adjuntada, "Chequeo Médico en el Departamento de Emergencia". El FCHC ayuda a las personas con necesidades financieras por eximir todo o parte de los cargos por los servicios prestados.

### II. Procedimientos

#### A. Criterios de Elegibilidad

1. Los Consejeros Financieros y el personal de Cajeros / Colecciones están disponibles para ayudar a los pacientes a identificar opciones financieras o programas de asistencia.
2. La asistencia financiera es generalmente secundaria a todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente, incluyendo seguros, programas gubernamentales, terceros pagadores y el HCAP. Véase la política titulada "Chequeo HCAP".
3. Completo apoyo financiero usualmente se proporcionará para los servicios de emergencia y los servicios que son médicamente necesarios a los pacientes con ingresos brutos familiares de 200% de Guías Federales para determinar los índices de pobreza o por debajo.
4. Una escala proporcional de precios (véase el anexo A) estará utilizada para determinar los descuentos de la asistencia financiera cuando el ingreso bruto familiar es más de 200% y hasta el 400% de las Guías Federales para determinar los índices de pobreza.
5. La carta de Determinación de la Elegibilidad (Véase el anexo B) estará enviada por correo a la persona responsable. Los arreglos para pagos razonables congruentes con la capacidad de pagar de

la persona responsable estarán extendidos para las cantidades debidas.

6. El Fulton County Health Center se esfuerza hacer todos los esfuerzos razonables para informar a los pacientes de su elegibilidad potencial bajo esta política de Asistencia Financiera mediante de la publicación de letreros en el Departamento de Emergencias, en todas las áreas de registro, en nuestras facturas y la información publicada en nuestro boletín informativo trimestral "Health Centering".

## **B. Determinaciones de Elegibilidad**

1. La prestación de asistencia medica nunca se debe demorar por una determinación de asistencia pendiente.
2. La ayuda financiera basada en ingresos está disponible para el pago de propia cuenta y los pacientes asegurados.
3. Las solicitudes de asistencia financiera pueden estar hechos en cualquier momento antes de, durante o después de la prestación de los servicios. Sin embargo, hay una fecha límite para solicitar la asistencia financiera de tres años a partir de la fecha de la primera factura de HCAP y un año a partir de la fecha de la primera factura de "Hospital Charity Care."
4. Consideración para "Hospital Charity Care" estará limitado a los pacientes que viven en Ohio y los condados de Lenawee y Monroe en Michigan. Se pueden conceder excepciones según las circunstancias de cada caso.
5. La asistencia financiera puede ser solicitada por otras fuentes distintas del paciente, tales como el médico del paciente, miembros de la familia, grupos comunitarios o religiosos, servicios sociales o el personal del hospital.
6. Si recibe el pago directamente de su compañía de seguros, deberá proporcionar la Explicación de Beneficios recibida con este pago y remitir el pago completo al Fulton County Health Center antes de que la asistencia financiera estará considerada.
7. Cualquier paciente con una Cuenta de Gastos de Salud o Cuenta de Gastos Flexibles elegible para un descuento de la Caridad Administrativo (Administrative Charity Care) estará pedido a reducir su cuenta de HSA / FSA antes de ser configurado en un plan de pago. El descuento de la caridad administrativa estará calculado antes de que se haya hecho un pago de una HSA / FSA.
8. La consideración para la asistencia financiera ocurrirá una vez que el solicitante proporcione una Solicitud completada para la Asistencia Financiera al Departamento de Cajeros / Cobros.
9. El FCHC hará todo lo posible para finalizar las determinaciones de asistencia dentro de 15 días después de recibir una solicitud de asistencia financiera completada.

10. La consideración para la asistencia incluye una revisión del ingreso familiar anual del paciente / avalista, el número de personas en el hogar, la deuda actual, los activos disponibles y otros indicadores de la capacidad del garante a pagar. NOTA: Estas son pautas; Cada situación individual estará revisada independientemente. Podrán concederse indemnizaciones por circunstancias atenuantes.
11. La verificación de ingresos puede ser solicitada a la discreción del departamento. Los tipos de verificación de ingresos pueden incluir: declaraciones de impuestos, talones de cheque de pago, declaración W2, estados de cuenta bancarios y facturas médicas.
12. Las solicitudes de asistencia financiera pueden estar devueltas o denegadas por falta de información. El personal del FCHC tratará de contactar al paciente, ya sea por teléfono o por correo, para informar al paciente de la información que falta o la información adicional que se necesita y como reenviar la solicitud.
13. La Asistencia Financiera no estará considerada sin una Solicitud de Asistencia Financiera completada a menos que se pueda obtener información suficiente que permita una determinación final.
14. En circunstancias atenuantes, donde se puede documentar que existe una dificultad financiera, el Fulton County Health Center puede ofrecer asistencia financiera por su propia determinación. Véase la política titulada: "Dificultades financieras del paciente".
15. Todas las solicitudes y la documentación de apoyo estarán retenidas con la cuenta del paciente.
16. En ningún momento la elegibilidad de cualquier persona bajo esta política afectará su capacidad de recibir atención médica en el Fulton County Health Center.

### **C. Método de Solicitud de Asistencia Financiera**

1. Las solicitudes de asistencia financiera, esta política y un resumen en lenguaje sencillo de esta política están disponibles para todos los pacientes, gratuitamente y bajo solicitud, en el departamento de emergencias, todas las áreas de registro y en la Oficina de Cajeros. Copias también están disponibles en nuestro sitio web [www.fultoncountyhealthcenter.org](http://www.fultoncountyhealthcenter.org) o llamando al 419-330-2669 opción 2.
2. Todas las solicitudes llenadas deben estar devueltas en persona a la Oficina de Cajeros en el hospital ubicado en 725 S Shoop Ave, Wauseon, OH 43567 o pueden estar enviadas por correo o por email proporcionado.
3. El personal está disponible para ayudarle completar la solicitud en la Oficina de Cajeros. Lo puede hacer en persona o por teléfono. Puede llamar al personal al 419-330-2669 opción 2.

#### **D. Pagos**

1. El Cuidado de Caridad del Administrativo Hospitalario no incluirá ningún descuento de cualquier Co-pago para Servicios Médicos según lo definido por la compañía de seguros del paciente. Cualquier co-pago no rebajado para este propósito debe estar pagado en el momento del servicio o en el momento en que se reciba el estado de cuenta.
2. Los pagos de pacientes que excedan los montos debidos después de los descuentos pueden estar reembolsados o transferidos a cualquier otra cuenta abierta o pendiente.
3. No se emitirán reembolsos en cuentas anteriores que estén completamente pagadas.
4. No se emitirán reembolsos en cuentas anteriores que estén en un plan de pago para lo cual se hayan contabilizado los pagos.

#### **E. Apelaciones**

1. El paciente / avalista puede pedir una determinación de asistencia financiera por proporcionar información adicional, tal como verificación de ingresos o una explicación de circunstancias atenuantes, al Coordinador del Departamento de Cajeros / Colecciones dentro de los 30 días después de recibir la notificación. Todas las peticiones estarán revisadas y la persona responsable estará notificada del resultado. El seguimiento de las cuentas se quedará pendiente durante el proceso de apelación.

#### **F. Bases para el cálculo de las cantidades cargadas a los pacientes**

1. La cantidad que se espera que un paciente pague y la cantidad de ayuda financiera ofrecida dependen de la cobertura de seguro del paciente y los ingresos y activos como se establece en la sección de elegibilidad de esta Política. Las Pautas Federales de Pobreza de Ingresos se usarán para determinar el monto de la cancelación y la cantidad cobrada a los pacientes, si los hay, después de un ajuste. Las cantidades cobradas por servicios médicos de emergencia y médicamente necesarios a pacientes elegibles para la Asistencia Financiera no serán más que la cantidad generalmente cobrada a las personas con Medicare en conjunto con las compañías de seguros comerciales que cubren dicha atención. El cálculo para determinar la cantidad generalmente facturada se hará usando un método de revisión para calcular la cantidad generalmente recibida por Medicare y por seguros comerciales para servicios similares. Para el año actual, esta cantidad no excederá el 55% de los cargos brutos totales por fecha de servicio. En ningún momento nadie que es elegible bajo esta

política estará cobrado el total de los cargos brutos por la fecha de servicio.

#### **G. Actividad de Colección**

1. El Fulton County Health Center proporcionará a cada garante un mínimo de 4 resúmenes de gastos del paciente durante un período no menos de 120 días a partir de la fecha de la primera factura después de que el paciente fue dado de alta del hospital. Durante este período de 120 días, se pueden hacer llamadas telefónicas al paciente con el fin de resolver cualquier saldo pendiente. En cualquier momento durante este período de 120 días, un paciente puede solicitar una solicitud de Asistencia Financiera. Una vez que se haya hecho la solicitud, el proceso de recobro de impagados será suspendido hasta que se pueda determinar las cualificaciones del paciente para recibir la Asistencia Financiera. El paciente tiene 120 días para completar la solicitud de asistencia financiera antes de que reanuda la actividad de recobro. Si el paciente no cumple con los requisitos de elegibilidad para la Asistencia Financiera, el recobro de impagados se reanudará. Todos los pacientes tendrán un mínimo de 365 días a partir de la fecha de la primera factura después de que el paciente fue dado de alta del hospital para solicitar la Asistencia Financiera.
2. FCHC no realizará gestiones de cobro extraordinarias antes del ejercicio de toda medida factible, no menos de 120 días a partir de la fecha de la primera factura, para determinar si un paciente es elegible para recibir la asistencia financiera bajo esta Política. Si una agencia de recobro identifica a un paciente como una persona que cumple con los requisitos de elegibilidad para la ayuda financiera del Fulton County Health Center, la cuenta del paciente puede estar considerada para recibir la asistencia financiera. Las gestiones de cobro estarán suspendidas en estas cuentas y el Fulton County Health Center revisará la solicitud de asistencia financiera. Si se ajusta el saldo total de la cuenta, la cuenta estará devuelta al Fulton County Health Center. Si ocurre un ajuste parcial, la cuenta se ajustará según las circunstancias de cada caso y la gestión de cobro continuará en el (los) saldo (s) restante (s). Si el paciente no coopera con el proceso de la asistencia financiera, o si el paciente no es elegible para la asistencia financiera, la gestión de cobro se reanudará.
3. Las gestiones de cobro extraordinarias potenciales que están permitidas bajo esta póliza incluyen el traspaso con una agencia de cobro externa, informes de una agencia de información crediticia, litigios y embargo de sueldo.

## **H. Proveedores Cubiertos y No Cubiertos por la Política de Asistencia Financiera**

1. Los pacientes que soliciten asistencia deben vivir dentro de las fronteras del Área de Servicio Hospitalario para recibir Atención de Caridad Hospitalaria.
2. Esta política será aplicable a todas las ubicaciones del Fulton County Health Center. Además, la política también se aplica a los servicios prestados por FCHC Medical Care, Fulton County OB / GYN, Delta Medical Center, Fayette Medical Center, Family Physicians, West Ohio Orthopedics y West Ohio Pediatrics. Otros proveedores que prestan servicios en el Fulton County Health Center pero no están cubiertos por esta política incluyen Patología (Dr. Paneda), Radiología (Dr. Pole), Médicos de Emergencias (HLES), Anestesia (NAP), Y el cuidado de la herida (Dr. Nazzal).

## **I. Servicios electivos o no de emergencia**

1. Para los pacientes con servicios electivos o no de emergencia, las pautas en esta política se utilizarán como una plantilla para determinar la calificación de la asistencia según las circunstancias de cada caso. Aquellos servicios que no se describen como servicios de atención médica que son médicamente necesarios se considerarán como servicios electivos o no de emergencia. Esta determinación se hará a la discreción del Fulton County Health Center solamente y su determinación de Asistencia Financiera necesaria.
2. Los servicios excluidos potenciales incluyen, pero no se limitan a:
  - a. Cirugía estética no considerada médicamente necesaria
  - b. Cirugías ortopédicas optativas y todos los procedimientos relacionados
  - c. Cirugías bariátricas y todos los servicios relacionados
  - d. Los procedimientos relacionados con la reproducción (tales como fecundaciones in vitro, vasectomías, etc.)
  - e. Acupuntura
  - f. Cuentas de pacientes o servicios recibidos por un paciente que está involucrado en un litigio pendiente que se relaciona con o puede resultar en una generación de recuperación basada en cargos por servicios realizados en FCHC
  - g. Otros servicios no cubiertos tales como cirugía ocular con láser, audífonos, etc.

## **J. Población(s) que no habla(n) inglés**

1. Esta política y todos los documentos adicionales estarán disponibles para aquellas personas que no hablan inglés basado

en el 5% de la población o 1000 personas como se describe en las regulaciones IRS 501(r). Basado en la información de la Oficina del Censo de 2013, el español es el único idioma que cumple con este umbral. Las versiones en español están disponibles en el Departamento de Emergencias, todas las áreas de registro, la Oficina de Cajeros y en nuestro sitio web en [www.fultoncountyhealthcenter.org](http://www.fultoncountyhealthcenter.org)

### III. Definiciones

**Cantidades Generalmente Facturadas (AGB):** La cantidad generalmente facturada a un paciente del Fulton County Health Center que tiene cobertura de seguro médico o de Medicare según se define en la Sección 501(r)(5) del IRS.

**Proceso de solicitud:** Un proceso por lo cual un paciente o su representante apropiado llena un papel o un formulario electrónico que proporciona al Fulton County Health Center la información sobre los ingresos, el tamaño de la familia y los bienes del paciente. Todas las solicitudes serán evaluadas según las circunstancias de cada caso por los representantes apropiados del Fulton County Health Center, tomando en consideración la condición médica, la situación laboral y los posibles ingresos futuros.

**Deudas incobrables:** Pasivos financieros no cobrados del paciente que no han sido resueltos al final del ciclo de facturación del paciente y por los cuales no existe una incapacidad documentada para pagar.

**Asistencia Financiera o Descuentos de Asistencia Financiera:** Descuentos o eliminación del pago por servicios de atención médica proporcionados a pacientes elegibles con necesidad financiera documentada y verificada. Los descuentos de la Asistencia Financiera proporcionados bajo esta póliza incluyen:

- Asistencia Financiera: Ayuda financiera con facturas médicas basadas en los estándares de ingresos y el tamaño de la familia.
- Dificultades financieras: Descuento dado a los pacientes cuando los gastos médicos elegibles no reembolsables incurridos exceden el 50% de su ingreso familiar anual

**Servicios de Cuidado de Salud Elegibles:** Servicios que emergen y otros cuidados médicamente necesarios. Los Servicios de Salud Elegibles excluyen:

- Cargos no aceptados mediante revisiones de utilización o denegaciones
- Cualquier subsidio contractual
- Servicios cosméticos o servicios electivos que no son médicamente necesarios
- Pérdidas del monto cobrado por un tercero responsable por el pago
- Déficit entre el reembolso de los programas gubernamentales para los no asegurados y el costo de los servicios prestados
- Pérdidas de los saldos de los pacientes cuando no hay una indicación de que el paciente no puede pagar

**Responsabilidad Aproximado del Paciente:** La responsabilidad financiera estimada del paciente que se debe al Fulton County Health Center por los cargos profesionales y técnicos por los servicios de salud que el paciente recibió. Esta cantidad se determina de acuerdo con los beneficios del seguro del paciente para el servicio programado específico e incluye deducibles, copagos, coaseguro y servicios no cubiertos.

**Acciones de Recaudaciones Extraordinarias (ECA):** Acciones que requieren un proceso legal o judicial, involucran la venta de una deuda a otra parte o reportar información adversa a agencias de crédito o burós de crédito. El Fulton County Health Center determinará la elegibilidad para la caridad antes de tomar cualquier acción de recaudación extraordinaria. Se debe notificar por escrito con al menos 30 días antes de la iniciación de ECAs específicas y de cumplir con los requisitos de información. Tal como se define en la Sección 501(r) de los Códigos del IRS, tales acciones que requieren un proceso legal o judicial incluyen:

- El derecho de retención
- Ejecución hipotecaria en bienes inmuebles
- Secuestro o embargo de una cuenta bancaria u otro bien personal
- Inicio de una acción civil contra un individuo
- Acciones que causan el arresto de un individuo
- Acciones que son la causa de que un individuo esté sujeto a una orden de detención
- Embargo de sueldo

**Familia:** El paciente, el cónyuge del paciente (independientemente de que si vive en el hogar) y todos los hijos del paciente (natural o adoptivo) menores de dieciocho (18) años que viven en su casa. Si el paciente es menor de 18 años, "Familia" incluye al paciente, a sus padres naturales o adoptivos (independientemente de si viven en el hogar), a los otros hijos (naturales o adoptivos) menores de 18 años, y los nietos de los abuelos que declaran dichos nietos como dependientes en su declaración de ingresos o que tienen prueba de custodia legal por el año en que la solicitud financiera se presenta.

**Consejero Financiero:** Los representantes del Fulton County Health Center son responsables de evaluar la responsabilidad del paciente, identificar y asistir con opciones de financiamiento público (Medicare, Medicaid, etc.), determinar si el paciente es elegible para recibir la ayuda financiera y establecer planes de pago.

**Guías Federales para Determinar los Índices de Pobreza (FPG):** Guías Federales para Determinar los Índices de Pobreza publicadas anualmente por el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos y con efectos de la fecha(s) de servicio para las cuales puede ser disponibles asistencia financiera.

**Programa de Aseguramiento de la Atención Hospitalaria (HCAP):** El Código Revisado de Ohio La Sección 5160-2-07.17 requiere que los hospitales proporcionen, sin cargo, servicios básicos y médicamente necesarios al nivel hospitalario a los

residentes de Ohio si califican. Generalmente, un paciente calificará para una pérdida total si sus ingresos familiares están por debajo del 101% del nivel de pobreza federal según lo determinado por una solicitud de ayuda financiera presentada a tiempo.

**Área de servicio hospitalario:** El área de servicio hospitalario del FCHC con el propósito del Cuidado de Caridad del Hospital (*Hospital Charity Care*) se define como lo siguiente: cualquier condado en Ohio y los condados de Lenawee y Monroe en Michigan.

**Método de revisión:** La metodología especificada por la Sección 501 (r) del Código del IRS y seleccionada por el Fulton County Health Center para determinar la AGB que utiliza los pagos hechos de Medicare o una combinación de pagos de aseguradoras comerciales y de Medicare.

**Pago Privado (de propia cuenta):** El paciente identificado como uno que no tiene cobertura de seguro o que se sale de su cobertura de seguro por servicios / eventos específicos.

**Examen de Detección:** Un proceso para determinar si un paciente califica para la asistencia financiera que no supone la terminación de una solicitud de asistencia financiera. El examen de detección puede ser en persona o por teléfono y puede utilizar un proveedor.

**Descuento sin seguro:** Un descuento en los cargos por los servicios médicos para los pacientes identificados como los que no tienen cobertura de seguro. El descuento sin seguro, según se documenta en la póliza de descuento de pago de propia cuenta, se determina basándose en el método de revisión, determinando el descuento promedio proporcionado por Fulton County Health Center a Medicare y por todos los demás aseguradores privados.

Esta política será revisada anualmente por la Junta Directiva. Última actualización 7/2017

Descuento Matrix - Escala Proporcional

Saldo	\$1,001 - \$2501-				Programa
	<\$1.000	\$ 2.500	\$ 5.000	>\$5.001	
<b>Nivel de ingresos</b>					
0 - 100%	100%	100%	100%	100%	HCAP
100-200%	100%	100%	100%	100%	Caridad
200 - 400%	45%	50%	55%	60%	Caridad Administrativa

Fulton County Health Center  
725 S. Shoop Ave  
Wauseon, OH 43567

Paciente Fecha de Asistencia Financiera  
Determinación de Elegibilidad

Fecha: \_\_\_\_\_

[Nombre del Paciente / Garante]  
[Dirección]  
[Ciudad, Estado, Código postal]

[Número de cuenta (s)]  
[Fecha (s) de servicio]

Estimado [Paciente / Garante],

El Fulton County Health Center recibió su solicitud llenada para la ayuda financiera y la verificación de sus ingresos. Basado en la información que nos ha dado, y de acuerdo con nuestra política, hemos determinado que:

**APROBADO:**

- Hemos determinado que usted es elegible para recibir HCAP / Asistencia financiera por un monto de \$ \_\_\_\_\_.
- Usted es elegible para recibir asistencia financiera y un descuento de \_\_\_\_\_% o \$ \_\_\_\_\_. *El saldo restante de \$ \_\_\_\_\_ después de que este descuento está aplicado se debe a usted.*

**NEGADO:**

- Su ingreso familiar supera el máximo permitido para recibir la asistencia financiera. *Usted debe pagar la cantidad de \$ \_\_\_\_\_.*
- La elegibilidad no se puede establecer hasta que recibimos información de usted de los ingresos y / o del tamaño de la familia de usted. Por favor que llame a nuestra oficina al 419-330-2669 lo más pronto posible. *Hasta que recibimos esta información, usted debe la cantidad de \$ \_\_\_\_\_.*
- Hasta la fecha, no hemos recibido la información de ingresos y / o el tamaño de la familia. Su solicitud de asistencia financiera ha sido negada. *La cantidad de \$ \_\_\_\_\_ se debe a usted.*

Si usted no puede pagar el saldo restante en su totalidad, o si tiene preguntas, por favor llame a nuestro consejero financiero en 419-330-2669 para establecer arreglos de pago. Si usted no paga el saldo completo al recibir su próximo estado de cuenta ni llama para establecer arreglos de pago aceptables, su cuenta puede ser derivada a nuestra agencia de cobros.

Usted puede pagar en línea en [www.fultoncountyhealthcenter.org](http://www.fultoncountyhealthcenter.org) o llamar al 419-330-2669 para establecer deducciones automáticas de su cuenta corriente, de ahorros, o Visa / Mastercard.

Respetuosamente,

## **ORC - 5160-1-01 Medicaid necesidad médica: definiciones y principios.**

La necesidad médica es un concepto fundamental subyacente el programa de Medicaid.

(A) La necesidad médica para las personas cubiertas por los exámenes de detección, diagnóstico, y el tratamiento tempranos y periódicos (EPSDT), se define como procedimientos, artículos o servicios que previenen, diagnostican, evalúan, corrigen, mejoran o tratan con una condición de salud adverso, tales como una enfermedad, herida, dolencia o sus síntomas, disfunción emocional o de conducta, déficit intelectual, deficiencia cognitiva, o discapacidad del desarrollo.

(B) La necesidad médica para las personas que no están cubiertos por EPSDT se define como procedimientos, artículos o servicios que previenen, diagnostican, evalúan o tratan una condición adversa de salud, como una enfermedad, lesión, enfermedad o sus síntomas, disfunción emocional o del comportamiento, déficit intelectual, deterioro cognitivo, o discapacidad del desarrollo y sin los cuales la persona se puede esperar que sufrirá un morbilidad prolongado, aumento o nuevo; una discapacidad de la función; la disfunción de un órgano o parte del cuerpo; o un dolor significativa y incomoda.

(C) se cumplen con las condiciones de necesidad médica si todo lo siguiente aplica:

- (1) se cumple con los estándares generalmente aceptados de la práctica médica;
- (2) clínicamente apropiado en su tipo, frecuencia, alcance, duración y su configuración de entrega;
- (3) De acuerdo con la condición adversa de salud para lo cual esta previsto y se espera producir el resultado deseado;
- (4) Es la alternativa más económica que aborda y trata eficazmente el problema médico;
- (5) Proporciona información única, esencial y apropiada si esta usada con fines de diagnóstico; y
- (6) No está proporcionado principalmente para el beneficio económico de la empresa ni para la comodidad del proveedor de servicios médicos ni para cualquier otra persona que no sea el destinatario.

(D) El hecho de que un médico, dentista u otro profesional autorizado presta, receta, ordene, certifica, recomienda, aprueba, o presenta una reclamación para un procedimiento, artículo o servicio no, de por sí, hacer medicamente necesario el procedimiento, artículo o servicio y no garantizan el pago de la misma.

(E) La definición y las condiciones de la necesidad médica articulado en esta regla se aplican a todo el programa de Medicaid. Criterios más específicos con respecto a las condiciones de necesidad médica para categorías particulares de servicio pueden ser establecidos en las políticas o reglas de cobertura del ODM.

## Fulton County Health Center

# EXÁMENES DE LA DETECCIÓN MÉDICA EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIAS

**Autora: JENEE SEIBERT (DIRECTORA DE FINANZAS)**

**Aprobado por: JENEE SEIBERT (DIRECTORA DE FINANZAS)**

### Política

Todos los pacientes que entran al departamento de emergencias, que sea por la área de recepción o por ambulancia, del Fulton County Health Center estarán evaluados para determinar si una condición médica de emergencia existe antes de obtener cualquier información en relación con la capacidad del paciente para pagar. Esta evaluación incluirá el estatus físico, psicológico y social.

**Nota:** Los pacientes entrando el Departamento de Emergencias estarán evaluados según la gravedad de la enfermedad / herida, no según el tiempo de llegada.

### Definición

#### Condición Médica de Emergencia

- A. Una condición médica que se manifiesta por síntomas agudas de una gravedad suficiente (incluyendo dolor intenso) de tal manera que la ausencia de la atención médica inmediata razonablemente podría causar:
1. Poner en riesgo grave la salud del individuo (o, con respecto a una mujer embarazada, la salud de la mujer o del nonato/a),
  2. discapacidad grave de las funciones corporales, o
  3. disfunción grave de cualquier órgano o parte del cuerpo; o
- B. Con respecto a una mujer embarazada que está teniendo contracciones
1. Que no hay tiempo suficiente para efectuar un traslado seguro a otro hospital antes del parto, o
  2. Que el traslado puede representar una amenaza para la salud o la seguridad de la mujer o el feto.

Recordatorio: embarazos de más de 20 semanas con condiciones relacionadas con el embarazo estarán trasladados al Departamento Obstétrico para su evaluación.

#### Procedimiento

Los pacientes estarán evaluados para determinar su estado por preguntar el paciente o su pareja si el paciente no puede comunicarse.

1. Pacientes con condiciones que no son de emergencia
  - a) Paciente estará recibido en el Departamento de Emergencias por el secretario del Departamento de Emergencias/ registros de los pacientes ambulatorios o por el recepcionista.
  - b) Autorización para el tratamiento estará obtenido por el secretario del Departamento de Emergencias/ registros de los pacientes ambulatorios o por el recepcionista por una firma del paciente en la forma de Consentimiento de Primeros Auxilios.
  - c) Paciente estará evaluado por un enfermero registrado del Departamento de Emergencias.

- d) El enfermero registrado del Departamento de Emergencias / enfermero práctico o el médico primario estarán informados de la condición del paciente por el enfermero del Departamento de Emergencias.
- e) El tratamiento estará dado por el mandato del médico o del enfermero práctico.
- f) El registro estará cumplido por el secretario del Departamento de Emergencias/ registros de los pacientes ambulatorios en el cuarto del paciente.

2. Pacientes con condiciones de emergencia

- a) Paciente estará evaluado por el enfermero registrado del Departamento de Emergencias.
- b) El médico del Departamento de Emergencias/ el enfermero práctico estará informado de la condición del paciente por el enfermero del Departamento de Emergencias.
- c) El tratamiento apropiado estará dado por el mandato del médico / el enfermero práctico y/o el enfermero práctico del médico.
- d) El registro estará cumplido por el secretario del Departamento de Emergencias/ registros de los pacientes ambulatorios en el cuarto del paciente.

**Nota:** La información de registro de los pacientes con condiciones de emergencia estarán obtenida por:

1. La persona que acompaña al paciente.
2. Un miembro de la familia u su pareja al llegar a FCHC.
3. El recepcionista del Departamento de Emergencias por paciente con la aprobación del personal del Departamento de Emergencias.