

नीति शीर्षक	अबीमाकृत बिरामीको छुट नीति – राजस्व व्यवस्थापन विभाग	नीति आइडी	181
प्रमुख शब्दहरू	आर्थिक, सहायता, अबीमाकृत, छुट, बिरामी		
विभाग:	राजस्व व्यवस्थापन विभाग (RMD)		

I. नीतिको उद्देश्य

अबीमाकृत बिरामीहरूलाई यस्ता स्याहार समेट्ने बीमा भएका व्यक्तिहरूका लागि सामान्यतया बिल बनाइने रकमहरू भन्दा धेरै शुल्क लगाइदैं भनी सुनिश्चित गर्छ।

यो नीतिले NH RSA 151:12-b, आन्तरिक राजस्व कोड खण्ड 501(r) र 2009 को बिरामी सुरक्षा तथा वहनीय स्याहार ऐनको अनुपालना गर्छ र नीतिलाई आवश्यकता अनुसार अनुपालना कायम राख्नका लागि समय-समयमा परिवर्तन गरिने छ।

II. नीतिको दायरा

यस नीतिका उद्देश्यहरूका लागि, "अबीमाकृत छुट" Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) अबीमाकृत बिरामीहरूमा उपलब्ध गराइने स्वास्थ्य सेवाका सेवाहरूमा वा विशिष्ट सेवाको लागि गैर-समाविष्ट हुने बीमाद्वारा सामान्यतया समाविष्ट सेवाहरूका लागि लागू हुन्छ।

III. परिभाषाहरू

सहबीमा: बीमा कम्पनी र बीमाकृत व्यक्तिको नीतिद्वारा पहिचान हुने बीमाकृत व्यक्तिको बीचमा साझा गरिने स्वास्थ्य सेवा लागतको प्रतिशत।

सह-भुक्तानी: चिकित्सा योजनाका सदस्यताहरूले योजनाद्वारा समाविष्ट विशिष्ट चिकित्सा सेवाहरूमा आफ्नो प्रयोग गर्नको लागि भुक्तान गर्नुपर्ने निश्चित शुल्क।

कटौतीयोग्य रकम: बीमाकृत व्यक्तिको बीमा नीतिद्वारा बताइएअनुसार बीमा कम्पनीले चिकित्सा खर्चहरू भुक्तान गर्नुअघि बीमाकृत व्यक्तिले भुक्तान गर्नुपर्ने रकम।

कूल शुल्कहरू: बिरामीको स्वास्थ्य सेवाको लागि संस्थाको पूर्ण स्थापित दरहरूमा कूल शुल्कहरू।

प्याकेज सेवा: बिरामीहरूले चाहेका, बीमा कम्पनीहरूद्वारा नसमेटिएका र कूल शुल्कहरूबाट D-HH द्वारा पहिले नै छुटप्राप्त भएका र पूर्व-भुक्तानी आवश्यक पर्ने सेवाहरू; उदाहरणका लागि कस्मेटिक सेवाहरू।

पूर्व-भुक्तानी सेवा: चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक नभएका र सेवाहरू उपलब्ध गराउनु पूर्व बिरामीद्वारा भुक्तानी गर्न आवश्यक भएका सेवाहरू।

अबीमाकृत: बिरामीसँग आफ्नो भुक्तानीका दायित्वहरू पूरा गर्नमा मद्दत गर्ने बीमा वा तेस्रो-पक्षको सहायता नभएको।

अबीमाकृत छुट: छुट आन्तरिक राजस्व संहिताको खण्ड 501(r) कार्यान्वयन गर्ने लागूयोग्य नियमनहरू अन्तर्गत

व्याख्या गरिए अनुसार " सेवा प्लस निजी भुक्तानीकर्ताका लागि लुक-ब्याक मेडिकेयर शुल्क" विधिमा आधारित छ। यो छुट बिरामीलाई बिलिङ गर्नुपूर्व र कुनै पनि वित्तीय सहायताको समायोजन लागू गर्नुपूर्व लागू गरिन्छ। कुनै पनि सहभुक्तानी, सह-बीमा, कटौती, पूर्व-भुक्तानी वा पहिले नै कुनै पनि आवश्यक छुट प्रतिबिम्ब गर्ने प्याकेज सेवाहरू वा सबै बीमा कम्पनीहरूद्वारा गैर-समाविष्टको रूपमा वर्गीकरण गर्ने सेवाहरूमा यो छुट लागू हुँदैन। छुटलाई वार्षिक रूपमा गणना गरिन्छ र वित्तीय वर्षको सुरुवातमा परिस्थिति अनुसार समायोजित गरिन्छ।

Dartmouth-Hitchcock Health: यस नीतिका उद्देश्यहरूका लागि, Dartmouth-Hitchcock Health प्रणाली सदस्यहरू (D-HH) Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital र Visiting Nurse and Hospice Vermont तथा New Hampshire (VNH) हुन्। New Hampshire र Vermont मा भएका सबै अन्य अस्पतालहरूलाई गैर सदस्य सुविधाहरू मानिन्छ।

मे 11, 2019 अनुसार, यो नीति Dartmouth-Hitchcock Clinic, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Alice Peck Day Memorial Hospital र Cheshire Medical Center मा लागू हुन्छ।

अक्टोबर 2020 अनुसार, यो नीति New London Hospital मा पनि लागू हुन्छ।

IV. नीति विवरण

D-HH ले स्वास्थ्य बीमाद्वारा समाविष्ट बिरामीहरूका लागि D-HH द्वारा सामान्यतया बिल बनाइएका र प्राप्त गरिएका भन्दा बढी नभएको रकम अबीमाकृत बिरामीहरूबाट पूर्ण भुक्तानीको रूपमा स्वीकार गर्दछ। D-HH ले यु.एस. नागरिक बिरामीलाई बिल गर्नुअघि कूल शुल्कहरूको विरुद्धमा अबीमाकृत छुट लागू गर्दछ। यो छुट कुनै पनि सहभुक्तानी, सह-बीमा, कटौतियोग्य रकम, पूर्व-भुक्तानी वा पहिले नै कुनै पनि आवश्यक छुट प्रतिबिम्ब गर्ने प्याकेज सेवाहरू वा सबै बीमाहरूद्वारा गैर-समाविष्टको रूपमा वर्गीकरण गर्ने सेवाहरू लागू हुँदैन। यु.एस. नागरिकता नभएका र गैर-आकस्मिक सेवाहरू खोजीरहेका बिरामीहरू अबीमाकृत छुटको लागि योग्य छैनन्।

नागरिकता भएको घोषणा गर्न अस्वीकार गर्ने बिरामीहरू अबीमाकृत छुटको लागि योग्य हुँदैनन्।

501(r) AGB प्रतिशत गणना गर्ने कार्यप्रणाली:

खण्ड 1.501(r)-5, सीमा शुल्कहरू अन्तर्गत IRS नियमनमा तिनीहरूको "बीमा भएका बिरामीहरूलाई सामान्यतया बिल गरिने रकम" (AGB) प्रतिशत गणना गर्नका लागि अस्पतालका सुविधाहरू आवश्यक पर्छ। अस्पतालका सुविधाहरूलाई Medicare सेवाको लागि शुल्कका साथै सबै निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताहरूको दाबीमा वा Medicare एकलैमा AGB प्रतिशतमा आधारित गर्न लुक-ब्याक विधि प्रयोग गर्नका लागि अनुमति दिइएको छ। यी नियमनहरूले Medicare लाभ अन्तर्गत निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताहरूद्वारा प्रबन्धित स्वास्थ्य बीमा योजनाहरूलाई Medicare सेवाको लागि शुल्कको रूपमा नभएर निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताका योजनाहरूको रूपमा व्यवहार गरिनुपर्छ भनी थप कुरा उल्लेख गर्छ।

माथि सन्दर्भ गरिएका D-HH साइटहरूले Medicare सेवाको लागि शुल्कका साथै निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताहरूको दाबीमा लुक-ब्याक विधि प्रयोग गरी तिनीहरूको सम्बन्धित AGB प्रतिशत गणनाहरूमा आधारित गर्न छनोट गरेका छन्। वर्षैपिच्छे समान 12 महिनाको लुक-ब्याक अवधि प्रयोग गरेर, Medicare सेवाको लागि शुल्क र सबै निजी भुक्तानीकर्ताहरूका लागि कूल शुल्क यी समान वर्गहरूका लागि शुद्ध बिरामी सेवा राजस्वको साथमा

प्रिन्ट गरिएका प्रतिलिपिहरू सन्दर्भका लागि मात्र हुन्। कृपया नवीनतम संस्करणको लागि विद्युतीय

प्रतिलिपिको सन्दर्भ लिनुहोस्।

सन्दर्भ आइडी #181, संस्करण #7

अनुमोदन मिति: 10/13/2020

सङ्कलन गरिएको छ। AGB प्रतिशत तल दिएअनुसार गणना गरिन्छ:

प्रभावकारी सङ्कलन दर प्रतिशत = $\frac{\text{कूल Medicare FFS तथा निजी भुक्तानीकर्ताहरूको शुद्ध बिरामी सेवा राजस्व}}{\text{कूल Medicare FFS तथा निजी भुक्तानीकर्ताहरूको कुल शुल्कहरू}}$

AGB प्रतिशत = 100% - प्रभावकारी सङ्कलन दरको प्रतिशत

V. सन्दर्भहरू - उपलब्ध छैन

जिम्मेवार मालधनी:	आर्थिक विभाग निगम	सम्पर्क(हरू):	Kimberly Mender
स्वीकृत गर्ने:	Board of Trustees; प्रमुख अधिकारी - वित्त; नीति सहायता समिति (COPS); नीति सहायता कार्यालय – संगठनात्मक नीतिहरू मात्र; Kays, Kieran; Mender, Kimberly; Naimie, Tina; Ten Haken, Jean; Willbarger, Kathryn	संस्करण #	7
वर्तमान स्वीकृति मिति	10/13/2020	पुरानो दस्तावेज:	RMD 0081
यो नीति प्रभावकारी हुने मिति:	10/13/2020		
सम्बन्धित नीतिहरू र प्रक्रियाहरू:	स्वास्थ्यस्याहार सेवाहरूका लागि आर्थिक सहयोग नीति		
सम्बन्धित कार्य सहयोगीहरू:			

प्रिन्ट गरिएका प्रतिलिपिहरू सन्दर्भका लागि मात्र हुन्। कृपया नवीनतम संस्करणको लागि विद्युतीय प्रतिलिपिको सन्दर्भ लिनुहोस्।
सन्दर्भ आईडी #181, संस्करण #7
अनुमोदन मिति: 10/13/2020