

Título da Política	Política de Assistência Financeira para Serviços de Cuidados de Saúde	Identificação da Política	179
Keywords	paciente, assistência, financeira, tratamentos gratuitos, serviços essenciais, NSA, Excluído, Exclusões de Assistência Financeira, FAA		

I. Propósito da Política

Estabelecer uma política para a administração do programa de assistência financeira do Dartmouth-Hitchcock (DH) para serviços de cuidados de saúde. Esta política define o seguinte, no que diz respeito a todas as emergências ou outros cuidados clínicos essenciais prestados por todas as instalações do DH:

- critérios de elegibilidade para assistência financeira
- método pelo qual os pacientes podem solicitar assistência financeira.
- base para o cálculo dos montantes cobrados dos pacientes elegíveis para assistência financeira no âmbito desta diretriz e limitação de encargos relativos a cuidados de emergência ou outros cuidados clínicos essenciais.
- medidas do DH para divulgar a política na comunidade atendida.

Esta política destina-se a cumprir os requisitos do NH RSA 151:12-b do Código da Receita Federal dos EUA seção 501(r) e da Lei de Proteção ao Paciente e Serviços de Saúde Acessíveis de 2010 e será atualizada periodicamente conforme a legislação vigente.

II. Escopo da Política

Esta política é aplicável a qualquer prestador de serviços de saúde que trabalhe em qualquer instalação do DH e seja responsável por prestar cuidados de emergência e qualquer outro cuidado clínico essencial, e faturado por um prestador de serviços DH.

Para os propósitos desta política, os requerimentos de “assistência financeira” referem-se à prestação de cuidados de emergência e outros cuidados clínicos essenciais prestados em qualquer instalação do DH por qualquer prestador de serviços de saúde que trabalhe no DH.

III. Declaração de Não Discriminação

O Dartmouth Health não discrimina com base em raça, cor, sexo, orientação sexual, identidade de gênero, estado civil, religião, ancestralidade, origem nacional, cidadania, estado de imigração, língua primária, deficiência, condição médica ou informação genética na prestação de assistência financeira ao paciente, ou na implementação dessa política de assistência financeira.

IV. Definições

Assistência financeira (também denominada “tratamento gratuito”): A prestação de cuidados de saúde isenta de cobrança ou com desconto para indivíduos que cumprem os critérios estabelecidos conforme esta política.

Família é definida pelo Departamento do Censo dos EUA como um grupo de duas ou mais pessoas que moram juntas e estão vinculadas por ocasião do nascimento, casamento ou da adoção.

- A lei estadual referente a casamento ou união civil e as diretrizes federais são utilizadas para determinar quem está inserido em uma família.
- No caso de requerentes que obtêm rendimentos cuidando de adultos com deficiência em suas casas, o adulto com deficiência será considerado um membro da família, e seus rendimentos serão incluídos na determinação.
- As regras do Departamento da Receita Federal que definem quem pode ser declarado como dependente para propósitos tributários são utilizadas como uma orientação para validar o tamanho da família na concessão de assistência financeira.

Assistência financeira presumível: A prestação de assistência financeira para serviços médicos essenciais a pacientes para os quais não há um Formulário de Assistência Financeira do DH preenchido em decorrência de falta de documentação ou resposta do paciente. A determinação da elegibilidade para assistência financeira baseia-se em circunstâncias de vida individuais que demonstram necessidade financeira. A assistência financeira presumível não está disponível para saldos após o Medicare.

Agregado familiar: Um grupo de indivíduos que moram na mesma casa e têm uma união legal (sangue, casamento, adoção), assim como pais solteiros de filho(s) compartilhado(s). O domicílio do paciente inclui o paciente, um cônjuge, um filho dependente, casais não casados com um filho de ambos, dependente, que vive sob o mesmo teto, casal do mesmo sexo (casamento ou união civil) e pais que declararam um filho adulto em uma declaração de imposto de renda.

Renda familiar: Conforme definição nas diretrizes do nível de pobreza federal (FPL) de acordo com publicação anual pelos Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA, baseado em:

- rendimentos, seguro-desemprego, seguro de acidente de trabalho, previdência social, previdência complementar, auxílio estatal, pensões de veteranos de guerra, seguro por sobrevivência, pensão ou renda de aposentadoria, juros, dividendos, aluguéis, royalties, renda de bens imobiliários, fundos de investimento, auxílio educacional, pensão alimentícia, subsídio para descendente, auxílio extrafamiliar e outras fontes diversas
- benefícios não monetários (tais como vales-alimentação e subsídios à habitação) **não** contam
- rendimento bruto
- a renda de todos os familiares (os que não são parentes, como colegas de quarto, **não** conta).

Paciente não segurado: Um paciente sem seguro ou outra fonte de pagamento de terceiros para seus cuidados clínicos.

Paciente subsegurado: Um paciente com algum seguro ou outra fonte de pagamento de terceiros, cujas despesas não cobertas, no entanto, excedam sua capacidade de pagamento conforme determinação de acordo com esta política.

Encargos brutos: Os encargos totais nas taxas integrais estabelecidas da organização para os serviços de cuidados de saúde do paciente.

Condições médicas de emergência: Conforme definição do termo na seção 1867 da Lei de Segurança Social (42 U.S.C. 1395dd), uma condição médica que se manifesta por sintomas agudos de gravidade suficiente (incluindo dor intensa) de modo que seja razoável esperar que a ausência de atenção médica imediata resulte em:

- colocar seriamente em risco a saúde do indivíduo (ou, no que tange a uma mulher grávida, a saúde da mulher ou do feto)
- grave prejuízo às funções corporais

- grave disfunção de qualquer órgão ou parte do corpo
- em relação a uma mulher grávida:
 - tempo inadequado para realizar uma transferência segura para outro hospital antes do parto.
 - uma ameaça à saúde ou à segurança da mulher ou do feto em caso de transferência ou alta.

Clinicamente necessário: Conforme definição do Medicare em relação a itens ou serviços de cuidados de saúde, é razoável e necessário para o diagnóstico ou tratamento de doenças ou lesões ou para melhorar o funcionamento de um membro do corpo malformado.

Opcional: Itens ou serviços de cuidados de saúde que não são considerados clinicamente necessários.

Exclusões de assistência financeira: Serviços que não são considerados clinicamente necessários ou são considerados eletivos. Esta política aplica-se aos cuidados prestados pelo Dartmouth Health. Esses serviços não são contemplados pela política de Assistência Financeira do DH.

Dartmouth Health: Para os fins desta política, os Membros do Sistema do Dartmouth Health (DH) são o Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital, e Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Todos os demais hospitais em New Hampshire e Vermont não são considerados instalações membro.

Esta política aplica-se às instalações dos membros do DH que utilizam o sistema Epic.

V. Declaração de Política

O Dartmouth Health (DH) está comprometido com a prestação de assistência financeira a pessoas que necessitam de cuidados de saúde, mas não dispõem de condições financeiras para o pagamento desses serviços ou saldos que sejam de sua responsabilidade.

O DH empenha-se para garantir que a capacidade financeira das pessoas que precisam de cuidados de saúde não as impeça de procurar ou receber cuidados clínicos. O paciente pode requisitar assistência financeira a qualquer momento antes, durante e após a prestação do serviço, inclusive depois que uma conta tiver sido encaminhada para uma agência de cobrança externa.

O DH prestará cuidados para condições médicas de emergência e serviços clinicamente necessários aos indivíduos, independentemente da sua capacidade de pagamento ou da elegibilidade para assistência financeira ou governamental, e independentemente de idade, gênero, raça, classe social ou da condição de imigrante, orientação sexual ou afiliação religiosa. De acordo com a Lei de Tratamento Médico de Emergência e Parto Ativo (EMTALA), nenhum paciente deve passar por triagem para assistência financeira ou informações sobre pagamento antes da prestação de serviços relacionados a condições médicas de emergência.

A assistência financeira não é considerada um substituto da responsabilidade pessoal. Espera-se que os pacientes cooperem com os procedimentos do DH para a obtenção de assistência financeira ou outras formas de pagamento, e contribuam para o custo de seus cuidados clínicos com base em sua capacidade individual de pagamento. Os indivíduos com capacidade financeira para adquirir um plano de saúde devem fazê-lo como uma maneira de garantir o acesso aos serviços de cuidados de saúde, a saúde pessoal geral e a proteção dos seus bens individuais.

O DH não impõe ações de cobrança extraordinárias a qualquer paciente sem antes esforçar-se consideravelmente para determinar se esse paciente é elegível para assistência financeira. Quaisquer exceções devem ser aprovadas pelo Diretor Financeiro.

Para mais informações sobre ações que o DH pode tomar em caso de não pagamento, favor consultar nossa política de crédito e cobrança. Uma cópia da Política de Crédito e Cobrança está disponível online, ou pode ser solicitada nos Escritórios de Serviços Financeiros do Paciente, ou pode ser enviada pelo correio após contato pelo telefone 844-808-0730.

A. Método pelo Qual os Pacientes Podem Solicitar Assistência Financeira.

Se não houver interação com o paciente em relação à assistência financeira, ou o paciente não conseguir finalizar os procedimentos de inscrição necessários de acordo com esta Política, esses pacientes podem, no entanto, ser tidos em conta quanto à elegibilidade para assistência financeira presumível.

1. O DH explorará fontes alternativas de cobertura e/ou pagamento de programas federais, estaduais ou outros, e ajudará os pacientes na inscrição em tais programas. Com relação a qualquer saldo restante após tais outras fontes terem sido esgotadas, o DH avaliará individualmente as necessidades financeiras de um paciente a fim de determinar se um indivíduo se qualifica para a obtenção de assistência sob esta política, usando os seguintes procedimentos:
 - Um paciente ou fiador deve apresentar um requerimento em um formulário aprovado pela gestão do DH e fornecer informações e documentação pessoais, financeiras, entre outras, conforme requerido pelo DH para determinar se tal indivíduo se qualifica para assistência, incluindo, entre outros, documentação para verificação da Renda Familiar e ativos disponíveis ou outros recursos. Se o DH não conseguir obter do paciente ou do fiador do paciente um requerimento ou qualquer documentação comprobatória necessária, o DH pode avaliar a possibilidade de o paciente ser elegível para assistência financeira presumível.
 - Em vez de um requerimento e documentação comprobatória do paciente, a equipe pode utilizar qualquer um dos seguintes itens para apoiar uma recomendação para a aprovação de um requerimento de assistência financeira:
 - O DH pode utilizar um ou mais fornecedores para a avaliação dos indivíduos quanto à elegibilidade, usando fontes de dados disponíveis publicamente que forneçam informações a respeito da capacidade ou propensão para pagamento de um paciente ou fiador.
 - Elegibilidade atual para Medicaid.
 - Declaração atual de uma autoridade federal ou estadual para habitação.
 - Verificação de um abrigo para pessoas sem-teto ou de um Centro de Saúde Federal Qualificado.
 - Verificação de encarceramento sem fonte de pagamento pela instituição corretiva.
 - Para um paciente individual, um atestado verbal de renda e ativos do paciente, em vez de uma verificação de renda por escrito, pode ser aceito em relação a uma (1) conta apenas, contanto que o saldo dessa conta seja inferior a \$1.000.

2. É preferível, mas não obrigatório, que uma solicitação de assistência financeira e a identificação da necessidade financeira ocorram antes da prestação de serviços clinicamente necessários, não emergenciais. Entretanto, um paciente pode ser avaliado para assistência financeira em qualquer ponto do ciclo de cobrança. Um pedido de assistência financeira aprovado aplica-se a todos os saldos para os quais o paciente tenha solicitado assistência, além de emergência e outros cuidados médicos necessários, fornecidos por um período, datas de serviço antes do recebimento do pedido de assistência financeira, incluindo saldos colocados em uma agência de cobrança, e quaisquer serviços fornecidos antes ou na data de validade indicada na carta de confirmação se o serviço não estiver listado abaixo. Após esse período, ou a qualquer momento em que sejam obtidas informações adicionais relevantes para a elegibilidade do paciente para assistência financeira, o DH irá reavaliar a necessidade financeira do indivíduo em conformidade com esta Política.

O DH reconhece decisões tomadas pelos seguintes programas de assistência sem solicitar cópias das solicitações. O DH reserva-se o direito de aceitar ou rejeitar decisões tomadas fora das diretrizes do DH definidas pelas organizações listadas abaixo. Todos os pagamentos conjuntos aplicáveis ou outros montantes de responsabilidade do paciente devem ser solicitados conforme os requisitos destes programas.

- Cartão da Rede de Acesso à Saúde de New Hampshire somente para pacientes segurados
 - Good Neighbor Health Clinics
 - Amoskeag Health
 - Lamprey Health
 - Mobile Community Health
 - Teen Health Clinic
 - Elegibilidade atual para o Medicaid caso não seja não retroativa para a cobertura de serviços anteriores
 - Paciente falecido sem bens (conforme confirmado pelo testamenteiro ou pelo estado)
3. A meta do DH é processar um requerimento de assistência financeira e notificar o paciente de uma decisão por escrito no prazo de 30 dias após o recebimento do requerimento preenchido.
4. **Processo de Recurso:** Se o DH negar assistência financeira parcial ou total, então o paciente (ou seu agente) pode recorrer da decisão no prazo de 60 dias. O paciente deve escrever uma carta para o Diretor de Elegibilidade e Inscrição para explicar o motivo pelo qual a decisão tomada pelo DH foi inadequada. A carta de recurso será analisada pelo DH, e uma decisão final será enviada para o paciente no prazo de 30 dias após o recebimento do pedido de recurso.

B. Critérios de elegibilidade para assistência financeira –Para se qualificar para assistência financeira ao abrigo desta Política, o paciente deve cumprir os seguintes critérios:

- Ser residente em New Hampshire ou Vermont, ou não residente que receba tratamento de emergência nas instalações do DH.
- Não ter seguro ou ser subsegurado, ser inelegível para qualquer programa do governo de benefícios para cuidados de saúde e não ter condições de pagar por seus cuidados de saúde conforme descrito na Política de Crédito e Cobrança com base na determinação

de necessidade financeira no âmbito desta Política.

- Ter Renda Familiar Bruta, incluindo todos os membros da família do paciente, inferior a 400% do Nível de Pobreza Federal nos últimos 12 meses.
- Ter Renda Familiar Bruta a ou abaixo de 600% do FPL e saldos agregados devidos para serviços realizados no DH acima de 20% do rendimento familiar de (1) anos, incluindo poupanças (ver abaixo).
- As poupanças (que incluem contas-poupança, pensão alimentícia ou certificado(s) de depósito) são protegidas até 400% do Nível de Pobreza Federal.
- Demonstrar o cumprimento dos requisitos para se candidatar a uma cobertura de plano de saúde qualificada do New Hampshire ou Vermont Healthcare Exchange Program, se elegível para esses programas. As exceções a este requisito podem ser aprovadas por uma boa causa por diretores sênior, caso a caso. A “boa causa” dependerá de fatos e circunstâncias, podendo incluir:
 - Os indivíduos que perderam o período de inscrições abertas e não se enquadram em uma categoria de eventos de transformação vital fora das inscrições abertas.
 - Pacientes para os quais a sobrecarga financeira será maior se ele contratar um plano de saúde qualificado do que se ele não o fizer.

C. Determinação do Montante da Assistência Financeira

Todos os pagamentos de seguros e ajustes contratuais, assim como o desconto para não segurados, são considerados antes do ajuste de assistência financeira que está sendo aplicado. Consulte a Política de Desconto para Pacientes Não Segurados do DH: Divisão de Gestão de Receita (referenciada abaixo).

Se um indivíduo for aprovado para receber assistência financeira, o montante dessa assistência a ser recebida para os cuidados aplicáveis será o seguinte:

Pacientes segurados: Os pacientes segurados terão um desconto aplicado às suas despesas não cobertas.

Para pacientes segurados cujo rendimento familiar seja igual ou inferior a 250% do Nível de Pobreza Federal (FPL), renunciaremos (ou seja, 100% de desconto) a todos os custos não cobertos para os serviços de emergência e medicamento necessários prestados (ou seja, os cuidados são gratuitos). Para pacientes segurados cujo rendimento familiar é:

- 251%-300% do FPL, o desconto será de 75%
- 301%-350% do FPL, o desconto será de 50%
- 351%-400% do FPL, o desconto será de 40%

Pacientes não segurados: Os pacientes não segurados que sejam elegíveis para assistência financeira terão um desconto aplicado ao montante geralmente faturado pelos serviços de emergência e medicamento necessários prestados.

Para pacientes não segurados cujo rendimento familiar seja igual ou inferior a 250% do Nível de Pobreza Federal (FPL), renunciaremos (ou seja, 100% de desconto) geralmente cobrado para os serviços de emergência e medicamento necessários prestados (ou seja, os cuidados clínicos são gratuitos). Para pacientes não segurados cujo rendimento familiar é:

- 251%-300% do FPL, o desconto será de 75%
- 301%-350% do FPL, o desconto será de 50%
- 351%-400% do FPL, o desconto será de 40%

Em situações catastróficas, para pacientes não segurados ou segurados: Se o valor total devido por serviços de emergência e medicamento necessários prestados ultrapassar 20% do rendimento familiar, o montante devido será reduzido de modo que seja igual a 20% da renda do agregado familiar do paciente.

Quaisquer descontos além dos descritos acima devem ser aprovados pelo Comitê de Recursos de Assistência Financeira com base em um recurso apresentado por escrito pelo paciente ou parte responsável.

- Pacientes que cumpram os critérios de Assistência Financeira Presumível receberão 100% de assistência financeira.
- A assistência financeira é válida para os seguintes períodos, com base na data da assinatura do requerimento:
 - Família trabalhadora – seis (6) meses
 - Família de Renda Fixa – doze (12) meses
 - Família Desempregada – três (3) meses
 - Residentes Fora do Estado – um (1) mês

Pacientes não segurados, incluindo pacientes não segurados que se qualificam para a obtenção de assistência financeira no âmbito desta Política, não podem receber cobrança de um valor superior ao geralmente faturado para pacientes com um seguro com cobertura dos mesmos cuidados de saúde. O Dartmouth Health aplica um desconto em relação a encargos brutos a todos os saldos de pacientes que não têm seguro, resultando em um saldo com desconto que se espera que o paciente pague.

O desconto é baseado no método "tarifa retroativa do Medicare para pagadores privados de serviço adicional", conforme descrito nas normas aplicáveis na Seção 501(r) do Código da Receita Federal. Este desconto é aplicado antes do faturamento do paciente e antes da aplicação de quaisquer ajustes de assistência financeira. Este desconto não se aplica a quaisquer pagamentos conjuntos, cosseguros, valores dedutíveis, pré-pagamento ou serviços de pacotes que já incluam qualquer desconto exigido, ou a serviços classificados como não cobertos por todas as companhias de seguros.

Para o ano fiscal 2026, de 1/10/25 a 30/09/26, aplicam-se as taxas de desconto seguintes:

	FY24	FY25	FY26
Dartmouth-Hitchcock Clinic	64%	65,7%	69,4%
Mary Hitchcock Memorial Hospital	64%	65,7%	69,4%
Alice Peck Day Memorial Hospital	44,0%	45,8%	46,1%
Cheshire Medical Center	68,5%	70,8%	72,4%
New London Hospital	50,6%	53,8%	54,3%
Enfermeira de visita e Hospice da TV e NH	0%	0%	0%
Mt Ascutney			44,8%

D. Comunicação sobre a Política de Assistência Financeira do D-H aos Pacientes e na Comunidade

- O encaminhamento de pacientes para assistência financeira pode ser realizado por qualquer agente ou integrante da equipe do DH, incluindo médicos, enfermeiros, consultores financeiros, assistentes sociais, gestores de casos, capelães e patrocinadores de organizações religiosas. Uma solicitação de assistência financeira pode ser feita pelo paciente ou por um familiar, amigo íntimo ou sócio do paciente, sujeito às leis de privacidade aplicáveis.
- Estarão disponíveis para o público e pacientes do DH informações sobre assistência financeira do DH que incluem, mas não se limitam a esta política, um resumo desta política em linguagem simples, um formulário de inscrição e informações a respeito das políticas e procedimentos de cobrança dos pacientes do DH, ao menos por meio dos mecanismos listados abaixo:
 - Nos websites do DH
 - Publicadas nos locais de cuidados clínicos dos pacientes
 - Disponíveis em Cartões de Informações nos departamentos de registro e admissão
 - Disponíveis em outras áreas públicas conforme determinação do D-HH
 - Fornecidas nos principais idiomas falados pela população atendida pelo DH/CMC; são utilizados serviços de tradução, conforme a necessidade.
- Se o saldo for aprovado, é enviada uma carta para o paciente comunicando a aprovação.

E. Critérios de Elegibilidade para Assistência Financeira a Pacientes portadores de HIV. Para se qualificar para assistência financeira sob esta política, o paciente deve cumprir os seguintes critérios:

- Programa Ryan White NH Cares HIV para a Linha C e Linha D. Para se qualificar para o NH State (Financiamento do NH Cares), o paciente precisa primeiro ter o pedido para o Medicaid do NH negado. Caso o pedido seja negado, a renda seja 500% menor do que o Nível de Pobreza Federal (FPL), o paciente seja elegível e forneça os documentos solicitados, a concessão cobrirá apenas serviços ambulatoriais de cuidados com o HIV. Esta concessão não cobre serviços de internação; no entanto, estas cobranças são consideradas como despesas não cobertas. A provisão da concessão requer um limite de despesas baseado em uma porcentagem da renda do paciente. As cobranças relacionadas a este limite incluem todos os cuidados médicos, atendimento domiciliar, prescrições, mesmo que não fornecidas por prestadores de serviço do DH. A assistência financeira do DH se aplica sempre antes de um limite de cobranças. Os ativos não são calculados para limites de despesas das linhas C e D:

Exigências do programa:

- Diagnóstico do HIV (Linha C)
- Requisitos de Diagnóstico do HIV ou familiar de mulher/criança com HIV para o programa NH State HAB (NH CARES):
 - Residir em New Hampshire
 - Diagnóstico de HIV
 - Renda menor ou igual a 300% do Nível de Pobreza Federal
 - Deve se inscrever no Medicaid ao menos uma vez ao ano

O gráfico abaixo descreve qual porcentagem da renda de um paciente é esperada para o pagamento de despesas não cobertas antes que o DH pare de cobrar ao paciente (seja pagamentos conjuntos, cosseguros, deduções ou taxas de visita) por qualquer consulta adicional.

Renda individual	Cobrança máxima
Igual ou abaixo de 100% do Nível de Pobreza Federal atual	\$0
101% a 200% do Nível de Pobreza Federal atual	Não mais do que 5% da renda bruta anual (por exemplo: renda de \$18,000; limite de \$500 nas despesas)
201% a 300% do Nível de Pobreza Federal atual	Não mais de 7% da renda bruta anual (por exemplo: renda de \$33.000; \$2.310)
Mais de 300% do Nível de Pobreza Federal atual	Não mais de 10% da renda bruta anual (por exemplo: renda de \$49.000; \$4.900)

- Os pacientes que receberem concessões com base nas Linhas C e D devem apresentar seus documentos de renda ao menos uma vez ao ano e terão sua renda verificada a cada 6 meses caso o DH FAA opte por estender sua decisão por mais de 6 meses. As informações de apoio incluem uma das opções a seguir:
 - Declaração de Imposto de Renda mais recente
 - Holerite recente
 - Demonstrativo de verificação de desemprego
 - Alocação de vales-alimentação
 - Renda da Previdência Social
- É preferível que o paciente finalize seu requerimento de ajuda financeira especial para o HIV, mas o pedido do DH também será aceito. Informações adicionais, como de habitação, devem ser obtidas e monitoradas.

F. Assistência para o Preenchimento dos Requerimentos

Você pode obter assistência pessoal preenchendo este requerimento nos seguintes locais:

Dartmouth-Hitchcock One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	Dartmouth-Hitchcock Clinic Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Clinic Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692
Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 ramal: 4444	Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430
Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579	New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-5082	Enfermeira de visita e Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) 88 Prospect St. White River Junction, VT 05001 (888) 330-8853
Mt Ascutney Hospital and Health Center 289 County Road Windsor, VT 05089 802-674-7471		

Você continuará sendo financeiramente responsável por quaisquer serviços prestados a você até o recebimento do requerimento preenchido.

Opções adicionais podem ser obtidas por meio da Rede de Acesso à Saúde de New Hampshire (<https://www.healthynh.com/nh-health-access-network.html>)

G. Processo de Recurso para Obter Assistência Financeira

- Se o saldo não for aprovado, o paciente receberá uma carta de recusa ou, se solicitado, uma cópia do pedido destacando o motivo da recusa. Também é enviada uma carta descrevendo o processo formal de recurso com cada carta de recusa ou cartas oferecendo apenas uma redução parcial. O paciente tem 60 dias para recorrer dessa decisão.
- Um comitê de três Líderes do DH não envolvidos no processo original irá analisar o recurso e tecer recomendações sobre todos os recursos contra recusas, mensalmente.

H. Elegibilidade Presumível para Assistência Financeira

O DH pode fazer uso de terceiros para analisar as informações do paciente e avaliar a necessidade financeira. Esta análise utiliza um modelo de estimativa reconhecido pelo setor de saúde que se baseia em bancos de dados de registros públicos. O modelo inclui dados de registros públicos para o cálculo de um escore de capacidade financeira e socioeconômica que inclui estimativas de renda, recursos e liquidez. O conjunto de regras do modelo foi formulado para avaliar cada paciente nos mesmos padrões e é calibrado de acordo com as aprovações históricas de assistência financeira para o sistema do Dartmouth Health.

As informações do modelo preditivo podem ser utilizadas pelo DH para a concessão de elegibilidade presumível nos casos de ausência de informações prestadas diretamente pelo paciente. A assistência financeira presumível não está disponível para saldos após o Medicare.

A triagem presumível é utilizada, sem considerar o saldo pendente, em contas elegíveis com mais de 120 dias após extratos, avisos para a cobrança da dívida e antes do envio da conta para uma agência de cobrança externa para a prestação de assistência financeira aos pacientes que não responderam à notificação da opção de preenchimento de um Requerimento de Assistência Financeira. As contas em processo judicial de inventário que excederam os limites de tempo são elegíveis para a triagem presumível.

A Caridade Presumível não substitui os processos administrativos financeiros tradicionais; ela é utilizada para complementar estes esforços e destina-se a pacientes que, de outra forma, não respondem ao processo administrativo financeiro tradicional. No sentido de remover barreiras para estes pacientes, além de melhorar nossos benefícios para o paciente, o hospital utiliza um processo de triagem eletrônica antes de definir um crédito como crédito de liquidação duvidosa. Pacientes considerados elegíveis à Caridade Presumível não serão alocados a uma agência de cobrança de créditos de liquidação duvidosa.

A inclusão neste programa baseia-se em um algoritmo de pontuação que faz uso de informações de domínio público e normalmente não usam uma escala de taxa variável. A Caridade Presumível não permite descontos parciais. Populações demográficas específicas destinam-se a incluir:

- Pessoa falecida sem bens a inventariar ou herdeiros conhecidos
- Pessoa transitória, sem teto
- Pessoas afastadas de sua família e sem grupo de apoio
- Pacientes não responsivos ou incapazes de finalizar o processo tradicional

A pontuação de caridade presumível incorpora um fator socioeconômico e não baseado em crédito. O processo de triagem faz uso de bancos de dados públicos que contêm as seguintes informações:

- Transações do consumidor
- Registros Judiciais
- Propriedade de ativos
- Propriedade de imóveis vs. aluguel
- Dados demográficos e econômicos da região
- Situação profissional
- Arquivos de serviços públicos
- Entidades governamentais
- Arquivos (Falência, CPF, pessoas falecidas)

A Caridade Presumida não depende de dados apresentados pela agência de crédito e não deixa rastros em relatórios de crédito. A informação obtida incorpora uma pontuação de caridade presumida de 0 (mais necessitados) a 1000 (menos necessitados). As informações preveem a necessidade do fiador com base em fatores conhecidos, incluindo, mas não se limitando a, renda, ativos e liquidez.

Restituições:

Se um paciente tiver pago um saldo pendente e apresentar posteriormente um Requerimento de Assistência Financeira que seja aprovada para a obtenção de assistência financeira por meio do processo de inscrição, o hospital restituirá qualquer montante que o indivíduo tenha pago pelos cuidados de saúde.

I. Níveis de Determinação de Caridade

- Os níveis de aprovação são os seguintes:

Cargo	Dartmouth-Hitchcock	Hospitais membros
Vice Presidente/ Diretor Financeiro / Presidente	>\$350,000	>\$100,000
Diretor de Gestão de Recursos	>\$50,000	>\$50,000
Diretor – Conifer	Até \$50,000	Até \$50,000
Gerente – Conifer	Até \$10.000	Até \$10.000
Supervisor – Conifer	Até \$1000	Até \$1000
Representante de Conta - Conifer	Até \$500	Até \$500

J. Exclusões de Assistência Financeira – Serviços

a. Considerações Especiais

- Os procedimentos médicos abaixo não devem ser considerados totalmente inclusivos.
- Os serviços que não sejam clinicamente necessários, conforme avaliação do prestador de serviços de saúde, podem ser excluídos.
- Será feito o máximo esforço para informar o paciente antes do atendimento sobre quaisquer novos tratamentos não incluídos no Programa de Assistência Financeira.

b. Procedimentos cosméticos eletivos (não cobertos)

- Capsulectomia na Mama com implante
- Mastopexia (Correção de flacidez mamária)
- Ginecomastia (Retirada da Glândula Mamária em Homens)
- Mastectomia (Cosmética)
- Ritidectomia (Lifting Facial)
- Blefaroplastia (Pálpebras)
- Brow Lift (gordura/rugas da testa)
- Mamoplastia de Aumento (implantes mamários)
- Mamoplastia de redução (redução da mama caso o seguro não ofereça cobertura)
- Rinoplastia (nariz)

- Procedimentos Dermatológicos
- Abdominoplastia (remoção do excesso de pele e gordura e no abdômen)
- Lipectomia de qualquer tipo (lipoaspiração) – também pode ser listada como um procedimento de remoção do excesso de pele ou gordura clinicamente não necessário

Observação: Os procedimentos acima geralmente são rastreados e identificados pelos Coordenadores de Informações Financeiras. As exceções a esta política, como a redesignação sexual, conforme considerado necessário medicamente, serão revistas caso a caso.

c. Inseminação Artificial

- Micro reanastomose (Reversão de laqueadura tubária)
- Vasovasostomia (reversão de vasectomia)
- Laparoscopia para tratamento de infertilidade (Programas IUI - IVF - GIFT)
- Tratamento de infertilidade

d. Outros

- Acupuntura
- Serviços de Quiropraxia
- Aparelhos auditivos e reparos
- Óculos
- Massoterapia
- Lente Tórica
- Medicamentos com ou sem receita médica
- Clínica Especializada para Viajantes Internacionais
- Estudo do sangue do cordão umbilical
- Vendas no Varejo
- Serviços prestados pela Renaissance Psychiatry of New England, LLC

e. Assistência Financeira APENAS após aprovação da Necessidade Médica

a. Cirurgia Bariátrica

f. Divisões de Manchester e Nashua Apenas

- **Exames Oftalmológicos de Retina**
 - Cobertos somente se forem considerados clinicamente necessários e/ou se houver uma condição clínica subjacente.
 - Caso essas condições NÃO existam, o responsável pelo agendamento avisará o paciente que a assistência financeira não é aplicável.
 - Desconsiderar Keene e Lebanon Ophthalmology.

g. Exceções

- Alguns serviços enquadrados na categoria eletiva e que não são clinicamente necessários podem ser cobertos pela Política de Assistência Financeira do DH para todos ou alguns serviços relacionados ao episódio do atendimento.
- Serão estabelecidos procedimentos e políticas para serviços conhecidos, que serão mantidos pela Equipe de Recursos para Acesso do Paciente.
- Eles serão analisados anualmente para as revisões necessárias.
- Os casos individuais serão avaliados pela liderança do Ciclo de Receitas e pelo Vice-presidente da Gestão de Receitas para a aprovação das exceções.

h. Exclusões de Assistência Financeira - Prestadores de Serviços que Não São do D-H

Alice Peck Day Memorial Hospital

Amoskeag Anesthesia	Envision (ED e hospitalar)	
---------------------	----------------------------	--

Cheshire Medical Center

Radiology Associates of Keene	Surgicare – Medical Equipment	Monadnock Family Services
Amoskeag Anesthesia	Philip/Geneva	

Concord

Riverbend Community Mental Health	Serviços prestados pelo Concord Hospital	
--------------------------------------	--	--

Manchester

Foundation Medical Partners		
--------------------------------	--	--

Nashua

Greater Nashua Mental Health Center (Assistente Social)	Nashua Anesthesiologist Group	St. Joseph's Hospital (Serviços de Reabilitação/PT)
---	-------------------------------	---

New London

Dr. Richard Rosata – Cirurgia Oral e Maxilofacial (profissional)	Dr. Payal Verma – Cirurgia Oral e Maxilofacial (profissional)	
--	---	--

Mary Hitchcock Memorial Hospital

Orthocare Medical Equipment	Philips/Geneva	
-----------------------------	----------------	--

Mt Ascutney Hospital

HCRS	Keene Medical	Dr. Knott, DMD
The Medical Store	MedStream Anesthesia	OrthoCare
Peraza Dermatology Group	Tactile Medical	Willowbrook Prosthetics

VI. Referências N/D

Proprietário Responsável:	Divisão de Finanças Corporativas	Contato(s):	Kimberly Mender
Aprovado por:	Diretor Executivo - Finanças; Escritório de Suporte a Políticas - Políticas Organizacionais Apenas; Cohen, Lisa; Fielding, Wendy; Muhlen, John; Roberts, Todd; Sanders, Tamera	Versão n.º	15
Data de Aprovação Atual:	10/09/2025	ID do Documento Antigo:	RMD.0031
Data para a Política Entrar em Vig:	10/09/2025		
Políticas e Procedimentos Relacionados:	Política de Desconto para Pacientes Não Segurados – Divisão de Gestão de Receitas Política de Crédito e Cobrança Política de Orçamento de Pagamentos - Divisão de Gestão de Receitas		
Instrumentos de Trabalho Relacionados:			