

Título de la política	Política de descuentos para pacientes no asegurados: División de Administración de Ingresos	ID de la política	181
Palabras clave	financiera, asistencia, sin seguro, descuento, paciente		
Departamento	División de Administración de Ingresos (RMD)		

I. Objetivo de la política

Garantizar a los pacientes no asegurados que no recibirán facturas superiores a lo que generalmente se cobra a personas con seguros que cubren dicha atención.

Esta política cumple con los estatutos NH RSA 151:12-b, la sección 50l(r) del Código Tributario y la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2009, y será modificada periódicamente en la medida en que se requiera para garantizar su cumplimiento.

II. Alcance de la política

A los fines de esta política, el “descuento a paciente no asegurado” se aplica a los servicios de atención médica brindados a pacientes no asegurados de Dartmouth Health (DH) para servicios generalmente cubiertos por un seguro, pero que no están cubiertos para un servicio determinado.

Dartmouth Hitchcock (DH)	Miembros del Sistema DH
<input checked="" type="checkbox"/> Dartmouth Hitchcock Medical Center (DHMC) <input checked="" type="checkbox"/> Dartmouth Hitchcock Clinic (Todas las sedes del Norte) <input checked="" type="checkbox"/> Dartmouth Hitchcock Clinic (CGP del Sur) <input checked="" type="checkbox"/> Hampstead Hospital	<input checked="" type="checkbox"/> Alice Peck Day Memorial Hospital <input checked="" type="checkbox"/> Cheshire Medical Center/D-H Keene <input checked="" type="checkbox"/> Mt. Ascutney Hospital and Health Center <input checked="" type="checkbox"/> New London Hospital Association <input checked="" type="checkbox"/> Visiting Nurse and Hospice of VT/NH (VNH)

III. Definiciones

Coseguro: Porcentaje del costo de la atención médica compartido entre la compañía de seguros y el asegurado, según lo define la póliza del asegurado.

Copago: Tarifa fija que los suscriptores de un plan médico deben pagar por el uso de servicios médicos específicos cubiertos por el plan.

Deductible: Monto que una persona asegurada debe pagar, según lo define su póliza de seguro, antes de que la compañía de seguros pague los gastos médicos.

Cargos brutos: Total de cargos de las tarifas establecidas por la organización por los servicios de atención médica del paciente.

Servicio en paquete: Servicios electivos para el paciente que no están cubiertos por las compañías de seguros y que DH ya descuenta de los cargos brutos. Requieren un pago por adelantado (por ejemplo, servicios cosméticos).

Servicio prepagado: Servicios que no son médicaamente necesarios y requieren el pago previo del paciente antes de ser prestados.

No asegurado: El paciente no tiene seguro ni recibe asistencia de terceros para ayudarle a cumplir sus obligaciones de pago.

Descuento para pacientes no asegurados: Descuento que se basa en el “método retrospectivo de Medicare para servicio más pagadores privados”, conforme a lo descrito en las regulaciones correspondientes que implementan la sección 501(r) del Código de Impuestos Internos. Este descuento se aplica antes de facturar al paciente y antes de aplicar cualquier ajuste de asistencia financiera. Este descuento no se aplica a ningún copago, coseguro, monto deducible, prepago o servicio en paquete que ya refleje cualquier descuento requerido, ni a servicios clasificados como no cubiertos por todas las compañías aseguradoras. El descuento se calcula anualmente y se ajusta según corresponda al comenzar el año fiscal.

Dartmouth Health: Para los propósitos de esta política, los miembros que integran el Sistema Dartmouth Health (DH) son Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Hampstead Hospital, Southern Vermont Medical Center (SVMC), Valley Regional y Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Todos los demás hospitales de New Hampshire y Vermont se consideran centros no asociados.

Esta política aplica a aquellos centros asociados a DH usando el sistema EPIC.

IV. Declaración normativa

DH acepta de pacientes no asegurados, como pago completo, un monto no mayor al que generalmente se factura y es recibido por DH de pacientes cubiertos por seguros de salud. Si el paciente no asegurado es un ciudadano estadounidense, DH aplica un descuento sobre el total de cargos brutos antes de la facturación. Este descuento no se aplica a ningún copago, coseguro, monto deducible, prepago o servicio en paquete que ya refleje cualquier descuento requerido, ni a servicios clasificados como no cubiertos por todas las compañías aseguradoras. Los pacientes que no son ciudadanos estadounidenses y solicitan servicios que no son de emergencia no son elegibles para el descuento para pacientes no asegurados.

Los pacientes que se rehúsen a declarar su ciudadanía no cumplen los requisitos para recibir el descuento para pacientes no asegurados.

Metodología de cálculo de porcentajes para montos generalmente facturados según la Sección 501(r):

Las regulaciones del IRS según la sección 1.501(r)-5 (Limitaciones sobre los cargos) requieren que los centros hospitalarios calculen el porcentaje de sus “montos generalmente facturados (AGB) a los pacientes que tienen seguro”. Los centros hospitalarios pueden usar el método retrospectivo como base para el porcentaje de los montos generalmente facturados en las reclamaciones de cargo por servicio de Medicare, más todas las aseguradoras de salud privadas, o solo con Medicare. Estas regulaciones establecen, además, que los planes de salud administrados por aseguradoras privadas bajo Medicare Advantage deben tratarse como planes de salud de seguros privados y no como cargos por servicio de Medicare.

Los sitios de DH mencionados anteriormente han elegido utilizar como base para sus respectivos cálculos de porcentajes de los montos generalmente facturados, un método retrospectivo en las reclamaciones de cargo por servicio de Medicare más todas las aseguradoras de salud privadas. Al utilizar año tras año un período retrospectivo constante de 12 meses, se compilan los cargos brutos por servicio de Medicare y todos los pagadores privados, junto con los ingresos netos por servicios al paciente para esas mismas categorías. Los porcentajes de los montos generalmente facturados se calculan de la siguiente manera:

Porcentaje de tasa de recaudación efectiva = Total de ingresos netos por servicios al paciente de cargos por servicio de Medicare y de pagadores privados

Total de cargos brutos por cargos por servicio de Medicare y de pagadores privados

Porcentaje de los montos generalmente facturados = 100% – Porcentaje de tasa de recaudación efectiva

V. Referencias N/A

Propietario responsable:	División de Finanzas Corporativas	Contacto:	Kimberly Mender
Aprobado por:	Oficina de Apoyo a Políticas - Políticas Organizacionales Únicamente; Mender, Kimberly; Muhlen, John	Versión núm.:	10
Fecha de aprobación actual:	23/07/2025	ID del documento anterior:	RMD0081
Fecha en que la política entrará en vigencia:	23/07/2025		
Políticas y procedimientos relacionados:	Política de asistencia financiera para servicios de atención médica		
Auxiliares de trabajo relacionados:			