

Título da Política	Política de Desconto para Pacientes Não Segurados – Divisão de Gestão de Receitas	ID da Política	181
Palavras-chave	financeiro, assistência, não segurado, desconto, paciente		
Departamento	Divisão de Gestão de Receitas (RMD)		

I. Propósito da Política

Garantir que pacientes não segurados não sejam cobrados valores maiores do que aqueles normalmente faturados para indivíduos que tenham um seguro que cubra o tratamento.

Esta política está em conformidade com o NH RSA 151:12-b, Código da Receita Federal dos EUA seção 501(r), e com a Lei de Proteção ao Paciente e Serviços de Saúde Acessíveis de 2009 e sofrerá alterações periodicamente conforme necessário para manutenção da conformidade.

II. Escopo da Política

Para os propósitos desta política, o “desconto para não segurados” se aplica aos serviços de saúde prestados no Dartmouth Health (DH) a pacientes não segurados ou por serviços geralmente cobertos pelo seguro, mas que não são cobertos em serviços específicos.

Dartmouth Hitchcock (DH)	Membros do Sistema DH
<input checked="" type="checkbox"/> Centro Médico Dartmouth-Hitchcock (DHMC) <input checked="" type="checkbox"/> Clínica Dartmouth Hitchcock (Todas as localizações do Norte) <input checked="" type="checkbox"/> Clínica Dartmouth Hitchcock (CGP do Sul) <input checked="" type="checkbox"/> HospitalHampstead	<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. Definições

Cosseguro: A porcentagem do custo com despesas de saúde compartilhados entre a empresa seguradora e o segurado conforme definido pela apólice do segurado.

Pagamentos conjuntos: Uma taxa fixa que os signatários de um plano de saúde pagam pela utilização de serviços médicos específicos cobertos pelo plano.

Dedutível: O valor que um indivíduo segurado deve pagar, conforme definido por sua apólice de seguro, antes que a empresa seguradora pague pelas despesas médicas.

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

Pacotes de serviço: Serviços opcionais para o paciente, não cobertos pelas empresas seguradoras, e que já são descontados pelo DH dos encargos brutos e exigem um pré-pagamento; por exemplo, serviços cosméticos.

Serviço de pré-pagamento: Serviços que não são clinicamente necessários e que exigem o pagamento por parte do paciente antes da prestação do serviço.

Não segurado: O paciente não tem seguro ou assistência de terceiros para ajudá-lo a cumprir com suas obrigações de pagamento.

Desconto para não segurados: 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.

O desconto não se aplica a quaisquer pagamentos conjuntos, cosseguros, dedutíveis, pré-pagamento ou serviços de pacotes que já incluem qualquer desconto exigido, ou a serviços classificados como não cobertos por todas as companhias de seguros. O desconto é calculado anualmente e é ajustado de acordo no início do ano fiscal.

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, Hampstead Hospital, Southern Vermont Medical Center (SVMC), Valley Regional, 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.

IV. Declaração de Política

O DH aceita de pacientes não segurados, como forma de pagamento integral, um valor não superior àquele que é geralmente cobrado e recebido pelo DH de pacientes cobertos por seguros de saúde. O DH aplica um desconto para não segurados sobre os encargos totais brutos antes de faturar um paciente que seja cidadão ou cidadã americano/a. Este desconto não se aplica a quaisquer pagamentos conjuntos, cosseguros, valores dedutíveis, pré-pagamento ou serviços de pacotes que já incluem qualquer desconto exigido, ou a serviços classificados como não cobertos por todos os seguros.

Pacientes que não sejam cidadãos americanos e que estejam em busca de serviços não emergentes não são elegíveis para o desconto para não segurados.

Pacientes que se recusarem a declarar a cidadania não serão qualificados para o desconto para não segurados.

Método de cálculo da porcentagem AGB 501(r):

As diretrizes do Departamento da Receita Federal, Artigo 1.501(r)-5, Limites de Cobranças, exigem que hospitais calculem o percentual de seus “valores geralmente cobrados de pacientes com seguro” (AGB). As instalações hospitalares podem fazer uso do método retroativo como base de cálculo da porcentagem AGB nas solicitações de pagamentos por serviços Medicare prestados, além de todas as empresas de seguro de saúde privadas, ou apenas do Medicare. Estas diretrizes também declararam que os planos de seguro de saúde administrados por empresas de seguros privadas sob o Medicare Advantage devem ser tratados como planos de empresas seguradoras de saúde provadas e não como pagamentos por serviços Medicare prestados.

Os locais do DH referenciados acima optaram por basear seu cálculo percentual AGB utilizando o método retroativo nos pedidos de pagamentos por serviços Medicare prestados e por todas as empresas de seguro de saúde privadas. Utilizando um período retroativo consistente de 12 meses ano após ano, os encargos brutos pelos encargos por serviços e todos os pagadores privados são compilados, juntamente com a receita líquida de serviços ao paciente para estas mesmas categorias. A porcentagem do AGB é calculada como segue:

$$\text{Taxa Percentual de Cobrança Efetiva} = \frac{\text{Total de Encargos por Serviços Medicare e Receita Líquida do Serviço ao Paciente Privado}}{\text{Medicare FFS total e Cobrança Bruta de Pagadores Privados}}$$

$$\text{Percentual AGB} = 100\% - \text{Taxa Percentual de Cobrança Efetiva}$$

V. Referências N/D

Proprietário Responsável:	Divisão de Finanças Corporativas	Contato:	Kimberly Mender
Aprovado por:	Escritório de Suporte a Políticas - Políticas Organizacionais Apenas; Mender, Kimberly; Muhlen, John	Versão n.º	10
Data de Aprovação Atual:	23 de julho de 2025	ID do Documento Antigo:	RMD0081
Data para a Política entrar em Vig	23 de julho de 2025		
Políticas e Procedimentos Relacionados:	Política de Assistência Financeira para Serviços de Cuidados de Saúde		
Instrumentos de Trabalho Relacionados:			