

Título da Política	Política de Assistência Financeira para Serviços de Cuidados de Saúde	ID da Política	179
Palavras-chave	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), Lei de Vermont 119 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

O valor geralmente faturado significa o valor que um hospital geralmente cobra dos indivíduos por serviços de emergência ou outros serviços de saúde medicamente necessários, determinado usando o “método de retrospectiva” estabelecido em 26 CFR § 1.501(r)-5(b)(3).

Agência de informação de crédito significa uma pessoa que, mediante taxas, mensalidades ou em regime de cooperação, se dedica regularmente, total ou parcialmente, à prática de coletar ou avaliar informações referentes ao crédito de um consumidor ou outras informações com o objetivo de fornecer um relatório de crédito a outra pessoa.

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.

O Nível Federal de Pobreza (FPL, na sigla em inglês) é uma medida de renda divulgada anualmente pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA. Os níveis federais de pobreza são usados para determinar a elegibilidade para certos programas e benefícios, incluindo descontos em planos de saúde do Marketplace, Medicaid, Programa de Seguro de Saúde Infantil (CHIP) e assistência financeira para pacientes hospitalizados.

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.

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.

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

Prestador de serviços de saúde significa uma pessoa, sociedade, empresa, estabelecimento ou instituição licenciada, certificada ou de outra forma autorizada por lei a prestar serviços profissionais de saúde neste Estado a um indivíduo durante o seu atendimento médico, tratamento ou internação.

Serviços de saúde significa serviços para o diagnóstico, prevenção, tratamento, cura ou alívio de uma condição de saúde física, odontológica, comportamental ou mental, ou transtorno por uso de substâncias, incluindo procedimentos, produtos, dispositivos e medicamentos.

Hospital significa um hospital licenciado de acordo com o capítulo 43 do título 18 dos Estatutos Anotados de Vermont (VSA) ou uma clínica ou instalação ambulatorial afiliada a um hospital licenciado de acordo com o capítulo 43 do título 18 do VSA ou que opere sob sua licença.

Renda familiar significa a renda calculada de acordo com as metodologias financeiras para determinar a elegibilidade financeira para créditos tributários antecipados de prêmios, conforme 26 CFR § 1.36B-1 e 2, incluindo o método usado para calcular o tamanho da família, com as seguintes modificações:

- Parceiros domésticos e qualquer indivíduo considerado dependente de um dos parceiros para fins de imposto de renda federal serão tratados como membros da mesma família;
- Indivíduos casados que apresentam declarações de imposto de renda federal separadamente, mas que poderiam apresentá-las em conjunto, e qualquer indivíduo que seja considerado dependente de um ou ambos os cônjuges para fins de imposto de renda federal, serão tratados como membros da mesma família;
- Indivíduos casados que estejam vivendo separados enquanto o processo de divórcio estiver em andamento não serão considerados membros da mesma família, independentemente de apresentarem declarações de imposto de renda federais em conjunto ou separadamente; e
- a renda familiar de indivíduos que não são obrigados a apresentar declaração de imposto de renda federal, e de imigrantes indocumentados que não apresentaram declaração de imposto de renda federal, será calculada como se tivessem apresentado declaração de imposto de renda federal.

O tamanho da família é determinado com base na definição de “Renda familiar” acima.

Ativo líquido significa um ativo que é dinheiro ou pode ser facilmente convertido em dinheiro, como dinheiro em espécie, contas correntes e de poupança, fundos do mercado monetário, ações, títulos e certificados de depósito. Para efeitos de determinar a elegibilidade para assistência financeira, os ativos líquidos não incluem a residência principal da família, quaisquer contas de aposentadoria 401(K) ou individuais, ou quaisquer planos de pensão.

Credor Médico significa o hospital ao qual um consumidor deve dinheiro por serviços de saúde.

Dívida médica significa uma dívida decorrente do recebimento de serviços de saúde.

Cobrador de dívidas médicas significa um indivíduo ou entidade que regularmente cobra ou tenta cobrar, direta ou indiretamente, dívidas médicas originalmente devidas ou supostamente devidas a outro indivíduo ou entidade.

Serviços de saúde medicamente necessários significam serviços de saúde, incluindo exames diagnósticos, serviços preventivos e cuidados posteriores, que sejam adequados ao diagnóstico ou condição do paciente em termos de tipo, quantidade, frequência, nível, local e duração. Os cuidados médicos necessários devem:

- ser baseados em evidências médicas ou científicas geralmente aceitas e ser consistente com os parâmetros de prática geralmente aceitos, reconhecidos pelos profissionais de saúde nas mesmas especialidades que normalmente realizam o procedimento ou tratamento, ou diagnosticam ou gerenciam a condição médica;
- ser informados pelas necessidades únicas de cada paciente e por cada situação apresentada; e
- atender a um ou mais dos seguintes critérios:
 - ajudar a restaurar ou manter a saúde do paciente;
 - prevenir a deterioração ou aliviar os sintomas do estado do paciente; ou
 - prevenir o surgimento razoavelmente provável de um problema de saúde ou detectar um problema incipiente.

Custos diretos (ou despesas do próprio bolso) referem-se aos gastos do paciente com cuidados médicos que não são reembolsados pelo seguro. Os custos diretos incluem franquias, co-seguro e copagamentos para serviços cobertos, além de todos os custos de serviços não cobertos.

Paciente significa o indivíduo que recebe ou recebeu serviços de saúde e inclui um dos pais se o paciente for menor de idade ou um tutor legal se o paciente for menor de idade ou adulto sob tutela.

Residente de Vermont significa um indivíduo, independentemente da cidadania, incluindo imigrantes indocumentados, que reside em Vermont, é empregado por um empregador de Vermont para prestar serviços a esse empregador neste Estado no exercício normal de suas funções, ou frequenta uma escola em Vermont, ou uma combinação desses fatores. O termo inclui um indivíduo que reside em Vermont no momento em que os serviços são recebidos, mas que não possui moradia permanente estável.

Residente em New Hampshire: Segundo a legislação de New Hampshire, residente é qualquer pessoa domiciliada no estado com a intenção de torná-lo seu principal local de presença física, por tempo indeterminado, com exclusão de todos os outros locais.

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.

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, Visiting Nurse e Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH), Valley Regional Hospital (VRH), e Southwestern Vermont Medical Center (SVMC). 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.

Indivíduos com capacidade financeira para adquirir um plano de saúde são encorajados, mas não necessariamente exigidos, para garantir o acesso a serviços de saúde, para sua saúde pessoal em geral e para a proteção de seus bens individuais.

O Departamento de Saúde não imporá medidas extraordinárias de cobrança a nenhum paciente.

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 é incentivado a fazer 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. Caso o DH não consiga obter um pedido ou qualquer documentação de apoio necessária do Departamento de Saúde (DH) pode avaliar se o paciente ou seu fiador tem direito a assistência financeira presumida.
 - 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 requerimento de assistência financeira aprovado aplica-se a todas as contas para as quais o paciente solicitou gratuidade, além de atendimento de emergência e outros cuidados clinicamente necessários prestados por um período, datas de serviço antes da apresentação do requerimento de assistência financeira, incluindo contas enviadas para uma agência de cobrança e quaisquer serviços prestados antes ou na data de expiração indicada na carta de confirmação, contanto que o serviço não esteja 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 não deverá utilizar uma decisão de outra organização para negar a elegibilidade para assistência financeira no DH. Todos os pagamentos conjuntos aplicáveis ou outros montantes de responsabilidade do paciente devem ser solicitados conforme os requisitos destes programas.

- 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. DH processará 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.

B. Elegibilidade

O Dartmouth Health oferece dois tipos de assistência financeira: assistência financeira geral e assistência financeira para casos catastróficos.

- **Assistência financeira geral:** Para ser elegível para assistência financeira geral, o paciente deve atender a três critérios: (1) o teste de residência, (2) o teste de renda geral e (3) o teste de ativos líquidos.”
- **Assistência financeira em casos catastróficos:** Para ser elegível para assistência financeira em casos catastróficos, o paciente deve atender a dois critérios: (1) o teste de residência e (2) o teste de renda catastrófica.

- C. **Teste de residência:** Para ter direito a assistência financeira geral ou para casos catastróficos, o paciente deve, no momento da prestação dos serviços, ser residente de Vermont ou de New Hampshire, conforme definido na seção “Definições” desta política e reproduzido aqui:

Residente de Vermont significa um indivíduo, independentemente da cidadania e incluindo Imigrantes indocumentados, residentes em Vermont, são empregados por um empregador de Vermont para prestar serviços a esse empregador neste Estado, no exercício normal do emprego do funcionário, ou frequenta a escola em Vermont, ou uma combinação de ambos. O termo inclui um indivíduo que reside em Vermont no momento em que recebe os serviços, mas que não possui moradia permanente estável.

Residente em New Hampshire: Segundo a legislação de New Hampshire, residente é qualquer pessoa domiciliada no estado com a intenção de torná-lo seu principal local de presença física, por tempo indeterminado, com exclusão de todos os outros locais.

Não há exigência de tempo mínimo de residência em Vermont. É irrelevante há quanto tempo o paciente reside em Vermont, e o Dartmouth Health reconhece explicitamente que pessoas com instabilidade. Os residentes de Vermont podem ser afetados pela habitação (mesmo que tenham se mudado recentemente para Vermont).

- D. Teste geral de renda:** Para ter direito à assistência financeira geral, a renda familiar do paciente deve ser igual ou inferior a 400% do Nível Federal de Pobreza (FPL). Para determinar o FPL do solicitante, o Dartmouth Health utilizará a definição de “Renda Familiar” na seção “Definições” desta política, que também contém orientações sobre como determinar o tamanho da família. Consulte também a seção “Processamento de Candidaturas” desta política para obter mais orientações. O padrão FPL aplicável será o do ano em que os serviços foram ou são prestados.
- E. Teste de ativos:** Para ser elegível para assistência financeira geral ao paciente, o agregado familiar do paciente não deve possuir ativos líquidos cujo valor combinado seja igual ou superior a 400% do Nível Federal de Pobreza (FPL) para o tamanho do agregado familiar em questão. O que constitui um ativo líquido é definido na seção “Definições” desta política.
- F. Teste de renda catastrófica:** Para ser elegível para assistência financeira em casos catastróficos, a família do paciente deve ter renda igual ou inferior a 600% do Nível Federal de Pobreza (FPL). Para determinar o FPL do solicitante, o Dartmouth Health utilizará a definição de “Renda Familiar” na seção “Definições” desta política, que também contém orientações sobre como determinar o tamanho da família. Consulte também a seção “Processamento de Candidatura” de Esta política está descrita abaixo para obter mais orientações. O padrão FPL aplicável será o do ano em que os serviços foram ou são prestados.
- G. Critérios de elegibilidade e requisitos para inscrição no seguro de saúde:** Se um paciente for um imigrante indocumentado, sua recusa em solicitar o seguro saúde público não deve ser usada como motivo para negar-lhe o benefício de assistência financeira. Para todos os pacientes, independentemente do seu status migratório, a recusa em solicitar um plano de saúde privado não deve ser usada como motivo para negar-lhes assistência financeira.
- H. Documentação de Residência:** O Dartmouth Health não solicitará ao candidato que forneça comprovante de residência. Um pedido de auxílio financeiro assinado será considerado prova suficiente de que o solicitante atende à definição de residente de Vermont ou New Hampshire.
- I. Renda:** O paciente deve apresentar comprovante de renda juntamente com o pedido de auxílio financeiro. O paciente pode apresentar sua declaração de imposto de renda estadual ou federal mais recente ou, em vez de apresentar a declaração de imposto de renda, pode apresentar contracheques, comprovante de assistência pública ou outra documentação aceita como comprovação de renda válida pelo Departamento de Acesso à Saúde de Vermont, como extrato bancário, demonstração de resultados, carta do empregador ou autodeclaração em circunstâncias atenuantes em que nenhuma outra documentação esteja disponível.

Observação: Os pacientes que são imigrantes sem documentos terão a opção de apresentar outros documentos. Documentação da renda familiar, como uma demonstração de resultados, em vez da declaração de imposto de renda estadual ou federal.

O Dartmouth Health não exige nenhuma outra comprovação de renda além da documentação listada acima.

O Dartmouth Health poderá considerar outras evidências de elegibilidade, mas não exigirá que o paciente forneça qualquer tipo de documentação que não esteja listada nesta política.

O Dartmouth Health pode presumir que um paciente é elegível para assistência financeira com base nas informações que o hospital possui. Não utilizaremos as informações que possuímos para negar presumivelmente um pedido.

Podemos dispensar os requisitos de documentação a nosso critério. Ligue para (844) 647-6436 para solicitar uma isenção ou indique esta solicitação no formulário de assistência financeira.

Determinação da renda familiar

Independentemente do tipo de documentação de renda que o candidato apresentar, o Dartmouth Health deverá calcular a renda familiar usando as metodologias financeiras para determinar a elegibilidade financeira para créditos tributários antecipados de prêmios de seguro, conforme 26 CFR § 1.36B-1 e 2e.

Esta é a “renda bruta ajustada modificada” (MAGI) do requerente, definida em 26 CFR § 1.36B-1(e)(1) - (2), e resumido pelo Serviço de Receita Interna:

“A renda bruta ajustada modificada é a renda bruta ajustada declarada na sua declaração de imposto de renda federal, acrescida de qualquer renda estrangeira excluída, benefícios não tributáveis da Previdência Social (incluindo benefícios de aposentadoria ferroviária de nível 1) e juros isentos de impostos recebidos ou acumulados durante o ano fiscal.” Não inclui o Benefício de Renda Suplementar (SSI). (Veja a pergunta 8 sobre o [Ficha informativa do IRS: Perguntas e respostas sobre o Crédito Fiscal Premium](#))

Determinar o tamanho da família

O Dartmouth Health calculará o tamanho da família de acordo com as diretrizes estabelecidas na definição de “Renda Familiar” (ver seção “Definições” acima).

J. Fornecimento de documentos de políticas aos pacientes

Presencialmente: Cópias impressas gratuitas desta política e do formulário de solicitação de assistência financeira estão disponíveis nos seguintes locais:

- a área de admissão de pacientes,
- Serviços de elegibilidade e inscrição em qualquer local.

Ofereceremos uma cópia gratuita desta política aos pacientes durante a primeira consulta ou, no caso de serviços prestados no hospital, durante os processos de admissão e alta.

Por telefone: Os pacientes podem ligar para (844) 647-6436 para solicitar uma cópia impressa gratuita desta política e do pedido de assistência financeira.

Online: Esta política, o formulário de solicitação de assistência financeira e materiais relacionados estão disponíveis online em [Assistência Financeira | Pacientes e Visitantes | DHMC e Clínicas](#). Os pacientes também podem acessar esses documentos, acesse o portal do paciente, selecione FATURAMENTO e, em seguida, ASSISTÊNCIA FINANCEIRA.

Pelo correio: Cópias gratuitas desta política e do formulário de solicitação de assistência financeira estão disponíveis, mediante solicitação, via correio. Os interessados podem solicitar cópias impressas enviando uma carta para o seguinte endereço:

Dartmouth-Hitchcock
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756

K. Extratos de faturamento ou cobrança de pacientes

Todos os demonstrativos de cobrança, enviados por este hospital ou por um cobrador de dívidas médicas, devem incluir uma declaração escrita e claramente visível informando que alguns pacientes podem ser elegíveis para assistência financeira. Este extrato deverá incluir o número de telefone que o paciente pode ligar para obter mais informações sobre nossa política e o processo de inscrição. Deverá incluir também o endereço web onde esta política, o pedido de assistência financeira e o resumo em linguagem simples estão disponíveis.

Todas as tentativas de comunicação oral ou escrita por parte de um credor médico ou de um cobrador de dívidas médicas, para qualquer unidade da Dartmouth Health, com o objetivo de cobrar uma dívida médica decorrente de serviços de saúde prestados nesta unidade. As instalações deverão incluir informações sobre nossa política de assistência financeira. O Dartmouth Health não vende dívidas médicas.

L. 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 de outros estados (pacientes que não residem em NH ou VT) – 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 1/10/26 a 30/09/27, aplicam-se as taxas de desconto seguintes:

	FY24	FY25	FY26	FY27
Dartmouth-Hitchcock Clinic	64%	65,7%	69,4%	70,5%
Mary Hitchcock Memorial Hospital	64%	65,7%	69,4%	70,5%
Alice Peck Day Memorial Hospital	44,0%	45,8%	46,1%	48,6%
Cheshire Medical Center	68,5%	70,8%	72,4%	73,4%
New London Hospital	50,6%	53,8%	54,3%	54,6%
Dartmouth Health Home Care (VNH)	0%	0%	0%	0%
Mt Ascutney Hospital			44,8%	51,0%
Vally Regional Hospital				39,9%

M. 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 D-HH, 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
 - Assistentes sociais
 - Fornecidas nos principais idiomas falados pela população atendida pelo Dartmouth Health; são utilizados serviços de tradução, conforme a necessidade.

- Se o saldo for aprovado para assistência financeira, é enviada uma carta para o paciente comunicando a aprovação.

N. 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 Street White River Junction, VT 05001 (888) 330-8853
Mt Ascutney Hospital and Health Center 289 County Road Windsor, VT 05089 802-674-7471	Valley Regional Hospital 243 Elm Street Claremont, NH 03743	

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>)

O. 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.

P. 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 que não respondem ou são incapazes de concluir o processo tradicional.

A avaliação presumida de caridade incorpora um fator socioeconômico e dados não relacionados a 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. As informações obtidas incorporam um escore de Caridade Presumida que vai de 0 (mais carente) a 1000 (menos carente). 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.

Q. 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

R. 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.
- Os procedimentos abaixo geralmente são rastreados e identificados pelos Coordenadores de Informações Financeiras.
- Exceções a esta política, quando consideradas medicamente necessárias pelas equipes de cuidado, serão analisadas individualmente.

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

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. Exclusões de assistência financeira – Prestadores de serviços não pertencentes ao Departamento de Saúde (DH) – Hospital Memorial Alice Peck Day

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

Cheshire Medical Center

Radiology Associates of Keene	Surgicare – Medical Equipment	Monadnock Family Services
Anestesia Amoskeag/Medstream	OrthoCare	

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		
-----------------------------	--	--

Mt Ascutney Hospital

HCRS	OrthoCare	ForMotion Clinic
The Medical Store	Peraza Dermatology Group	

Valley Regional Hospital

--	--	--

VI. Referências N/D

Proprietário Responsável:	Divisão de Finanças Corporativas	Contato(s):	Kimberly Mender
Aprovado por:	Escritório de apoio a políticas - somente políticas organizacionais; Cohen, Lisa; Fielding, Wendy; Mathiesen, Matthew; Muhlen, John; Roberts, Todd; Rockwell, Tamara; Sanders, Tamera	Versão n.º	16
Data de Aprovação Atual:	18 de agosto de 2026	ID do Documento Antigo:	RMD.0031
Data para a Política entrar em Vigor	18 de agosto de 2026		
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:			