

اسم السياسة	سياسة الخصم للمرضى غير المؤمن عليهم - قسم إدارة الإيرادات	رقم السياسة	181
الكلمات الأساسية	المالية، المساعدة، غير المؤمن عليهم، المريض		
القسم	Revenue Management Division (RMD) (قسم إدارة الإيرادات)		

I. الغرض من السياسة

التأكد من عدم فرض تكاليف على المرضى غير المؤمن عليهم أكبر من المبالغ الواردة في فواتير الأفراد الذي يغطي تأمينهم تلك الرعاية.

تمتثل هذه السياسة إلى المادة 151:12-ب من النظام الأساسي المنقح ومذكرته الشارحة لولاية نيوهامبشير (NH)، والمادة 501 (ص) من قانون الإيرادات الداخلية "الضريبة المفروضة" والقانون رقم 119 لولاية فيرمونت (119 VT's Act)، وقانون حماية المرضى وتقديم الرعاية الميسرة لعام 2009، وسيجرى تحديثها بشكل دوري حسبما تقتضي الضرورة من أجل المحافظة على الامتثال.

II. نطاق السياسة

يسري "الخصم المقدم لغير المؤمن عليهم" لغرض هذه السياسة على خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمرضى غير المؤمن عليهم في مركز دارتموث للرعاية الصحية أو الخدمات التي يشملها التأمين عامة ولكنها غير مشمولة بالتغطية التأمينية لخدمة معينة.

III. التعريفات

التأمين المشترك: النسبة المئوية لتكاليف الرعاية الصحية المشتركة بين شركة التأمين و المؤمن عليه حسب التعريف الوارد في بوليصة المؤمن عليه.

السداد المشترك: رسوم ثابتة واجبة السداد على المشتركين في خطة الرعاية الطبية نظير استفادتهم من خدمات طبية معينة تغطيها الخطة.

المبالغ المقتطعة: المبلغ الذي يجب على المؤمن عليه سداده قبل سداد شركة التأمين تكاليف الرعاية الطبية، وذلك حسب التعريف الوارد في بوليصة التأمين الخاصة بالمؤمن عليه.

إجمالي الرسوم: الرسوم الإجمالية بالأسعار الكاملة التي تحددها المؤسسة مقابل خدمات الرعاية الصحية المقدمة للمريض.

مجموعة الخدمات: مجموعة خدمات اختيارية للمريض لا تغطيها شركات التأمين وتخصصها مؤسسة DH من إجمالي الرسوم، وتستلزم السداد المسبق، مثل خدمات التجميل.

خدمة السداد المسبق: خدمات غير ضرورية من الناحية الطبية وتستلزم سداد المريض المسبق لرسوم الخدمة قبل تقديمها.

غير المؤمن عليهم: المرضى غير المؤمن عليهم أو من ليس لديهم من يساعدهم في الوفاء بالتزاماتهم المادية من الجهات الخارجية.

الخصم المقدم لغير المؤمن عليهم: يعتمد الخصم على طريقة "منهجية مراجعة نظام سداد الرسوم مقابل الخدمات الخاص ببرنامج ميديكير بالإضافة إلى شركات التأمين الخاصة" على النحو المذكور في بنود تطبيق اللوائح السارية (r) 501 من قانون ضرائب الدخل. ويطبق الخصم قبل تحرير فاتورة المريض وقبل تطبيق أي تعديلات في المساعدة المادية. ولا يسري الخصم على أي مدفوعات تشاركية أو تأمين مشترك أو مبالغ مقطوعة أو مدفوعات مسبقة أو مجموعة الخدمات التي تنطوي بالفعل على أي خصم مطلوب، أو على الخدمات المصنفة على أنها غير مشمولة لدى جميع شركات التأمين. يُحسب الخصم سنوياً ويُعدل وفقاً لبداية السنة المالية.

مؤسسة Dartmouth Health: لأغراض هذه السياسة، فإن أعضاء نظام Dartmouth Health هم: مستشفى Alice Peck Day Memorial، ومركز Cheshire Medical Center، وعيادة Dartmouth Hitchcock، ومستشفى ومركز صحي Mt. Ascutney، ومستشفى New London، ومستشفى Mary Hitchcock Memorial، ومستشفى Hampstead، ومركز (SVMC) Southern Vermont Medical Center، ومستشفى Valley Regional، وخدمات التمريض المنزلية ومآوي رعاية المحتضرين في Vermont and New Hampshire (VNH). تُعتبر جميع المستشفيات الأخرى التي تقع في ولايتي New Hampshire وVermont منشآت غير أعضاء. وتتنطبق هذه السياسة على منشآت أعضاء نظام دارتموث للرعاية الصحية التي تستخدم نظام إبيك (Epic).

IV. بيان السياسة

يقبل مركز دارتموث للرعاية الصحية من المرضى غير لمؤمن عليهم، كدفعة كاملة، مبلغاً لا يتجاوز "المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام" (AGB) وتحصيله من قبل المركز من المرضى المشمولين بالتأمين الصحي. يطبق مركز دارتموث للرعاية الصحية خصماً لغير المؤمن عليهم على إجمالي تكلفة الخدمات. لا يطبق الخصم على أي مدفوعات مشتركة أو تأمين مشترك أو مبالغ مقطوعة أو مدفوعات مسبقة أو مجموعة الخدمات التي تنطوي بالفعل على أي خصم مطلوب، أو على الخدمات المصنفة على أنها غير مشمولة لدى جميع شركات التأمين.

501(r) طريقة حساب النسبة المئوية لـ AGB (المبالغ الواردة في الفاتورة عامة):

تقتضي لائحة خدمات ضريبة الدخل بموجب بند رقم 1.501(r)-5، بشأن القيود المفروضة على التكاليف، أن تقوم مرافق المستشفيات بحساب نسبة «المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام للمرضى المؤمن عليهم». يُسمح للمنشآت الاستشفائية باستخدام طريقة المراجعة بأثر رجعي (Look-back Method) لتحديد نسبة "المبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام" (AGB) استناداً إلى المطالبات المقدمة إلى برنامج Medicare بنظام الدفع مقابل الخدمة، بالإضافة إلى جميع شركات التأمين الصحي الخاصة، أو استناداً إلى برنامج Medicare وحده. علاوةً على ذلك، تنص تلك اللوائح على وجوب معاملة خطط التأمين الصحي التي تديرها شركات التأمين الخاصة ضمن إطار برنامج مزايا Medicare باعتبارها خطط تأمين خاصة، لا باعتبارها نظام سداد الرسوم مقابل الخدمات التابع لبرنامج Medicare.

اختارت مواقع دارتموث للرعاية الصحية المذكورة أعلاه إسناد حساب النسبة المئوية الخاصة بها للمبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام باستخدام طريقة المراجعة المنهجية على طلبات رسوم تلقي خدمات برنامج ميديكير بالإضافة إلى جميع شركات التأمين الصحي الخاصة. ويتم تجميع إجمالي تكاليف نظام سداد الرسوم مقابل الخدمات الخاص ببرنامج ميديكير وجميع شركات التأمين الخاصة وصافي إيرادات خدمة المرضى لنفس تلك التصنيفات باستخدام مدة المراجعة المنهجية المكونة من 12 شهراً متواصلة عاماً بعد عام. ويتم حساب النسبة المئوية للمبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام كما يلي:

$$\text{النسبة المئوية لمعدل التحصيل الفعال} = \frac{\text{إجمالي نظام سداد الرسوم مقابل الخدمات التابع لبرنامج Medicare وصافي إيرادات خدمة المرضى الخاصة بشركات التأمين الخاصة}}{\text{نظام سداد الرسوم مقابل الخدمات الخاص ببرنامج ميديكير والتكاليف الإجمالية لشركات التأمين الخاصة}}$$

والنسبة المئوية للمبلغ الوارد في الفاتورة بشكل عام = 100% - معدل التحصيل الفعال

V. المراجع - لا يوجد

المالك المسؤول:	قسم الشؤون المالية للشركات	بيانات الاتصال:	كيمبرلي مندر
اعتمده:	مكتب دعم السياسات - السياسات التنظيمية فقط؛ كيمبرلي ميندر؛ جون موهلين	رقم الإصدار	11
تاريخ الاعتماد الحالي:	06/08/2026	الرقم التعريفي للوثيقة القديمة:	RMD 0081
تاريخ بدء سريان السياسة:	06/08/2026		
السياسات والإجراءات ذات الصلة:	سياسة المساعدة المالية لخدمات الرعاية الصحية		
المساعدات ذات الصلة بالعمل:			