

Titre de la politique	Politique de tarif préférentiel des patients sans assurance - Division de la gestion des revenus	N° de politique	181
Mots clés	aide, financière, non assuré, remise, patient		
Service	Division de la gestion des revenus (RMD)		

I. Objet de la politique

Garantir que les patients non assurés ne soient pas facturés de montants supérieurs à ceux généralement facturés aux personnes couvertes par une assurance pour le soin concerné.

La présente politique est conforme aux exigences de la section 151:12-b des RSA du New Hampshire (lois de l'état), à la section 501(r) de l'Internal Revenue Code, à la loi Vermont Act 119 et à celles de la Patient Protection and Affordable Care Act (loi fédérale sur la protection des patients et des soins abordables) de 2009 et sera modifiée régulièrement lorsque nécessaire pour en assurer la conformité.

II. Cadre de la politique

Aux fins de la présente politique, la « remise aux patients non assurés » s'applique aux actes et prestations de santé fournis aux patients non assurés de Dartmouth Health (DH) ou pour les actes et prestations généralement couverts par l'assurance, mais qui ne sont pas couverts pour un acte ou une prestation en particulier.

III. Définitions

Assurance à risque partagé : Le pourcentage des coûts pour des soins de santé partagés entre la compagnie d'assurance et l'assuré comme défini par la police de l'assuré.

Quotes-parts : Des frais fixes que les assurés d'un régime de santé doivent payer dans le cadre d'actes ou de prestations médicaux spécifiquement couverts par le régime.

Franchise : Le montant qu'un assuré doit payer comme défini par sa police d'assurance avant que la compagnie d'assurance ne paie pour des frais médicaux.

Frais bruts : Les frais totaux aux tarifs pleins établis par l'organisation pour les soins de santé du patient.

Prestations forfaitaires : Les actes et prestations facultatifs pour le patient, non couverts par les compagnies d'assurance et ayant déjà reçu une remise de la part de DH sur les frais bruts et demandant un paiement ; par exemple, les actes et prestations à visée esthétique.

Actes et prestations prépayés : Les actes et prestations n'étant pas médicalement nécessaires et devant être payés par le patient avant que ceux-ci ne soient réalisés.

Patient non assuré : Le patient n'a pas souscrit à une assurance et ne reçoit pas l'aide d'une tierce partie pour l'aider à remplir ses obligations de paiement

Remise aux patients non assurés : La remise est basée sur la méthode de calcul de Medicare basée sur une période antérieure définie des rémunérations à l'acte de Medicare (fee-for-service) et des actes facturés aux patients ayant une assurance privée comme indiqué dans les réglementations en vigueur appliquant la Section 501(r) de l'Internal Revenue Code (code des impôts américain). La remise est appliquée avant facturation du patient et avant application de tout ajustement lié à l'aide financière. La remise ne s'applique ni aux quotes-parts, ni aux assurances à risque partagé, ni aux franchises, ni aux prépaiements, ni aux prestations forfaitaires qui reflètent déjà la remise requise, ni aux actes et prestations classifiés comme non couverts par toutes les compagnies d'assurance. Cette remise est calculée annuellement et est ajustée en conséquence au début de l'année fiscale.

Dartmouth Health : Aux fins de la présente politique, les membres du système de Dartmouth Health (DH) sont 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, et Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Tous les autres hôpitaux du New Hampshire et du Vermont sont considérés comme des établissements non-membres.

Cette politique s'applique aux établissements membres de DH qui utilisent le système Epic.

IV. Déclaration de principe

DH accepte de la part des patients non assurés, comme paiement comptant, un montant qui ne peut être supérieur au montant généralement facturé (AGB) et encaissé par DH pour les patients couverts par une assurance santé. DH applique une remise aux patients non assurés sur le total des frais bruts. Cette remise ne s'applique ni aux quotes-parts, ni aux assurances à risque partagé, ni à la franchise, ni au prépaiement, ni aux prestations forfaitaires qui reflètent déjà la remise requise, ni aux actes et prestations classifiés comme non couverts par toutes les assurances.

Méthode de calcul du pourcentage AGB de la Section 501(r) :

Les réglementations de l'IRS de la Section 1.501(r)-5, Limites des frais, exigent des établissements hospitaliers de calculer le pourcentage de leurs « montants généralement facturés aux patients ayant une assurance » (AGB - Amounts generally billed). Pour fixer le pourcentage AGB, les établissements hospitaliers sont autorisés à utiliser la méthode de calcul basée sur une période antérieure définie des rémunérations à l'acte de Medicare et des actes facturés aux patients ayant une assurance privée, ou de Medicare uniquement. Ces réglementations indiquent également que les régimes d'assurance santé gérés par des assurances santé privées du programme Medicare Advantage doivent être traités comme des régimes d'assurance santé privés et non comme une rémunération à l'acte médical de Medicare (FFS - fee-for-service).

Les sites de DH référencés ci-dessus ont choisi de fixer les calculs de leurs pourcentage AGB en utilisant la méthode de calcul de Medicare basée sur une période antérieure définie des rémunérations à l'acte de Medicare (fee-for-service) et des actes facturés aux patients ayant une assurance privée sur les FFS de Medicare, plus toutes celles des assureurs privés de santé. En utilisant une période constante de 12 mois année après année, les frais bruts pour les FFS de Medicare et de tous les payeurs sont compilés ainsi que les revenus nets des actes et prestations des patients pour ces mêmes catégories. Le pourcentage AGB est calculé comme suit :

$$\text{Pourcentage effectif de taux de recouvrement} = \frac{\text{Total des FFS de Medicare et des revenus nets pour les actes et prestations des patients ayant une assurance privée}}{\text{Total des FFS de Medicare et des frais bruts des assurances privées}}$$

Pourcentage AGB = 100 % - Pourcentage effectif de taux de recouvrement

V. Références - Non concerné

Propriétaire responsable :	Division des finances de l'entreprise	Personne(s) à contacter :	Kimberly Mender
Approuvé par :	Office of Policy Support (Bureau d'appui aux politiques) – politiques organisationnelles uniquement ; Mender, Kimberly ; Muhlen, John	Version N°	11
Date d'approbation actuelle :	06/08/2026	Ancien n° de document :	RMD 0081
Date d'entrée en vigueur de la politique :	06/08/2026		
Politiques et procédures associées :	Politique de l'aide financière en matière de services de santé		
Aides de travail associées :			