

नीति शीर्षक	बीमा नगरिएको बिरामीको छुट नीति – राजस्व व्यवस्थापन विभाग	पोलिसी आईडी	181
खोजशब्दहरू	आर्थिक, सहायता, अबीमाकृत, छुट, बिरामी		
विभाग	राजस्व व्यवस्थापन विभाग (RMD)		

I. नीतिको उद्देश्य

बीमा नगरिएको बिरामीहरूलाई यस्ता स्याहार समेट्ने बीमा भएका व्यक्तिहरूका लागि सामान्यतया बिल बनाइने रकमहरू भन्दा धेरै शुल्क लगाइदैं भनी सुनिश्चित गर्छ।

यो नीति NH RSA 151:12-b, आन्तरिक राजस्व संहिता (Internal Revenue Code) को धारा 501(r), भर्मोन्ट ऐन 119 (Vermont Act 119), तथा सन् 2009 को बिरामी संरक्षण तथा किफायती हेरचाहसम्बन्धी ऐन (Patient Protection and Affordable Care Act of 2009) अनुरूप रहेको छ र अनुपालन कायम राख्न आवश्यकताअनुसार समय-समयमा संशोधन गरिनेछ।

II. नीतिको दायरा

यस नीतिको प्रयोजनका लागि "बिमा नभएका बिरामीको छुट" Dartmouth Health (DH) द्वारा प्रदान गरिएका स्वास्थ्य सेवाहरूमा लागू हुन्छ, जुन बिमा नभएका बिरामीहरूका लागि हो वा त्यस्ता सेवाहरूका लागि हो जुन सामान्यतः बिमा अन्तर्गत पर्दछन् तर कुनै विशेष सेवाको हकमा बिमा अन्तर्गत नपर्ने हुन्छन्।

III. परिभाषा

सहबीमा: बीमा कम्पनी र बीमाकृत व्यक्तिको नीतिद्वारा पहिचान हुने बीमाकृत व्यक्तिको बीचमा साझा गरिने स्वास्थ्य सेवा लागतको प्रतिशत।

सह-भुक्तानी: चिकित्सा योजनाका सदस्यताहरूले योजनाद्वारा समाविष्ट विशिष्ट चिकित्सा सेवाहरूमा आफ्नो प्रयोग गर्नको लागि भुक्तान गर्नुपर्ने निश्चित शुल्क।

कटौतीयोग्य रकम: बीमाकृत व्यक्तिको बीमा नीतिद्वारा बताइए अनुसार बीमा कम्पनीले चिकित्सा खर्चहरू भुक्तान गर्नुअघि बीमाकृत व्यक्तिले भुक्तान गर्नुपर्ने रकम।

कुल शुल्कहरू: बिरामीको स्वास्थ्य सेवाको लागि संस्थाको पूर्ण स्थापित दरहरूमा कुल शुल्कहरू।

प्याकेज सेवा: बिरामीहरूले चाहेका, बीमा कम्पनीहरूद्वारा नसमेटिएका र कुल शुल्कहरूबाट DH द्वारा पहिले नै छुटप्राप्त भएका र पूर्व-भुक्तानी आवश्यक पर्ने सेवाहरू; उदाहरणका लागि कस्मेटिक सेवाहरू।

पूर्व-भुक्तानी सेवा: चिकित्सकीय रूपमा आवश्यक नभएका र सेवाहरू उपलब्ध गराउनुपूर्व बिरामीद्वारा भुक्तानी गर्न आवश्यक भएका सेवाहरू।

अबीमाकृत: बिरामीसँग आफ्नो भुक्तानीका दायित्वहरू पूरा गर्नमा मद्दत गर्ने बीमा वा तेस्रो-पक्षको सहायता नभएको।

अबीमाकृत छूट: छूट आन्तरिक राजस्व संहिताको खण्ड 501(r) कार्यान्वयन गर्ने लागूयोग्य नियमनहरू अन्तर्गत व्याख्या गरिए अनुसार " सेवा प्लस निजी भुक्तानीकर्ताका लागि लुक-ब्याक मेडिकेयर शुल्क" विधिमा आधारित छ। यो छूट बिरामीलाई बिलिङ गर्नुपूर्व र कुनै पनि वित्तीय सहायताको समायोजन लागू गर्नुपूर्व लागू गरिन्छ। कुनै पनि सहभुक्तानी, सह-बीमा, कटौती, पूर्व-भुक्तानी वा पहिले नै कुनै पनि आवश्यक छूट प्रतिबिम्ब गर्ने प्याकेजड सेवाहरू वा सबै बीमा कम्पनीहरूद्वारा गैर-समाविष्टको रूपमा वर्गीकरण गर्ने सेवाहरूमा यो छूट लागू हुँदैन। छूटलाई वार्षिक रूपमा गणना गरिन्छ र वित्तीय वर्षको सुरुवातमा परिस्थिति अनुसार समायोजित गरिन्छ।

Dartmouth Health: यस नीतिका उद्देश्यहरूका लागि Dartmouth-Hitchcock Clinic (डार्टमाउथ-हिचकक हेल्थ) प्रणाली सदस्यहरू (D-H) Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. (एलेस पेक डे मेमोरियल अस्पताल, चेसीर मेडिकल सेन्टर, माउन्ट) Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Hampstead Hospital, Southern Vermont Medical Center (SVMC), Valley Regional, and Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) (अस्कट्नी अस्पताल तथा स्वास्थ्य केन्द्र, न्यू लन्डन अस्पताल, मेरी हिचकक मेमोरियल अस्पताल, ह्याम्पस्टेड अस्पताल, सदरन भर्मन्ट मेडिकल सेन्टर (SVMC), भ्याली क्षेत्रीय, भर्मन्ट तथा न्यू ह्याम्पशायरका लागि भ्रमणशील नर्स तथा हस्पिस (VNH))। New Hampshire र Vermont मा भएका अन्य सबै अस्पताललाई गैर सदस्य सुविधाहरू मानिन्छ।

यो नीति महाकाव्य प्रणाली प्रयोग गर्ने D-H सदस्य सुविधास्थलहरूमा लागू हुन्छ।

IV. नीति विवरण

DH ले स्वास्थ्य बीमाद्वारा समाविष्ट बिरामीहरूका लागि DH द्वारा सामान्यतया बिल बनाइएका र प्राप्त गरिएका भन्दा बढी नभएको रकम अबीमाकृत बिरामीहरूबाट पूर्ण भुक्तानीको रूपमा स्वीकार गर्दछ। DH ले कुल कुल शुल्कको विरुद्धमा बीमा नगरिएको छुट लागू गर्छ। यो छूट कुनै पनि सहभुक्तानी, सह-बीमा, कटौतीयोग्य रकम, पूर्व-भुक्तानी वा पहिले नै कुनै पनि आवश्यक छूट प्रतिबिम्ब गर्ने प्याकेज सेवाहरू वा सबै बीमाहरूद्वारा गैर-समाविष्टको रूपमा वर्गीकरण गर्ने सेवाहरू लागू हुँदैन।

501(r) AGB प्रतिशत गणना गर्ने कार्यप्रणाली:

खण्ड 1.501(r)-5, सीमा शुल्कहरू अन्तर्गत IRS नियमनमा तिनीहरूको "बीमा भएका बिरामीहरूलाई सामान्यतया बिल गरिने रकम" (AGB) प्रतिशत गणना गर्नका लागि अस्पतालका सुविधाहरू आवश्यक पर्छ। अस्पतालका सुविधाहरूलाई Medicare सेवाको लागि शुल्कका साथै सबै निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताहरूको को दाबीमा वा Medicare एकलैमा AGB प्रतिशतमा आधारित गर्न लुक-ब्याक विधि प्रयोग गर्नका लागि अनुमति दिइएको छ। यी नियमनहरूले Medicare लाभ अन्तर्गत निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताहरूद्वारा प्रबन्धित स्वास्थ्य बीमा योजनाहरूलाई Medicare सेवाको लागि शुल्कको रूपमा नभएर निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताका योजनाहरूको रूपमा व्यवहार गरिनुपर्छ भनी थप कुरा उल्लेख गर्छ।

माथि सन्दर्भ गरिएका D-HH साइटहरूले Medicare सेवाको लागि शुल्कका साथै निजी स्वास्थ्य बीमाकर्ताहरूको दाबीमा लुक-ब्याक विधि प्रयोग गरी तिनीहरूको सम्बन्धित AGB प्रतिशत गणनाहरूमा आधारित गर्न छनोट गरेका छन्। वर्षैपिच्छे समान 12 महिनाको लुक-ब्याक अवधि प्रयोग गरेर, Medicare सेवाको लागि शुल्क र सबै निजी भुक्तानीकर्ताहरूका लागि कुल शुल्क यी समान वर्गहरूका लागि शुद्ध बिरामी सेवा राजस्वको साथमा सङ्कलन गरिएको छ। AGB प्रतिशत तल दिए अनुसार गणना गरिन्छ:

Medicare FFS (फि-फर-सर्भिस) तथा निजी भुक्तानीकर्ताहरूको कुल शुद्ध
प्रभावकारी संकलन दर प्रतिशत = बिरामी सेवा राजस्व

प्रभावकारी सङ्कलन दर प्रतिशत = कुल Medicare FFS तथा निजी

भुक्तानीकर्ताहरूको शुद्ध बिरामी सेवा राजस्व

V. सन्दर्भहरू - उपलब्ध छैन

जिम्मेवार मालधनी:	आर्थिक विभाग निगम	सम्पर्क(हरू):	किम्बर्ली मेन्डर
स्वीकृत गर्ने:	नीति समर्थन कार्यालय - संगठनात्मक नीतिहरू मात्र; मेन्डर, किम्बर्ली; मुहलेन, जोन	संस्करण #	11
वर्तमान स्वीकृती मिति:	08/06/2026	पुरानो दस्तावेज आईडी:	RMD 0081
यो नीति प्रभावकारी हुने मिति:	08/06/2026		
सम्बन्धित नीतिहरू र प्रक्रियाहरू:	स्वास्थ्यस्याहार सेवाहरूका लागि आर्थिक सहयोग नीति		
सम्बन्धित कार्य सहयोगीहरू:			