

<b>Título de la política</b>	<b>Política de descuentos para pacientes no asegurados – División de Administración de Ingresos</b>	<b>ID de la política</b>	<b>181</b>
<b>Palabras clave</b>	financiera, asistencia, sin seguro, descuento, paciente		
<b>Departamento</b>	División de Administración de Ingresos (RMD)		

## I. Objetivo de la política

Garantizar a los pacientes no asegurados que no recibirán facturas superiores a lo que generalmente se cobra a personas con seguros que cubren dicha atención.

Esta política cumple con los estatutos NH RSA 151:12-b, la Sección 501 (r) del Código Tributario y la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud a Bajo Precio de 2009, y será modificada periódicamente en la medida en que se requiera para garantizar su cumplimiento.

## II. Alcance de la política

A los fines de esta política, el “descuento a paciente no asegurado” se aplica a los servicios de atención médica brindados a pacientes no asegurados de Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) o para servicios generalmente cubiertos por un seguro pero que no están cubiertos para un servicio determinado.

## III. Definiciones

**Coseguro:** El porcentaje del costo de la atención médica compartido entre la compañía de seguros y el asegurado, según lo define la póliza del asegurado.

**Copago:** Una tarifa fija que los suscriptores de un plan médico deben pagar por el uso de servicios médicos específicos cubiertos por el plan.

**Deducible:** El monto que una persona asegurada debe pagar, según lo define su póliza de seguro, antes de que la compañía de seguros pague los gastos médicos.

**Cargos brutos:** El total de cargos a la tarifa plena establecida por la organización para la atención médica del paciente.

**Servicio en paquete:** Servicios electivos para el paciente que no están cubiertos por las compañías de seguros y que D-HH ya descuenta de los cargos brutos. Requieren un pago por adelantado (por ejemplo, servicios cosméticos).

**Servicio prepago:** Servicios que no son médicamente necesarios y requieren el pago previo del paciente antes de ser prestados.

**No asegurado:** El paciente no tiene seguro ni recibe asistencia de terceros para ayudarle a cumplir sus obligaciones de pago.

**Descuento para pacientes no asegurados:** El descuento se basa en el “método retrospectivo de Medicare para servicio más pagadores privados”, conforme a lo descrito en las regulaciones correspondientes que implementan la Sección 501(r) del Código de Impuestos Internos. Este descuento al paciente se aplica antes de facturar al paciente y antes de aplicar cualquier ajuste de asistencia

financiera. Este descuento no se aplica a ningún copago, coseguro, monto deducible, prepago o servicio en paquete que ya refleje cualquier descuento requerido, ni a servicios clasificados como no cubiertos por todas las compañías aseguradoras. El descuento se calcula anualmente y se ajusta según corresponda al comenzar el año fiscal.

**Dartmouth-Hitchcock Health:** Para los propósitos de esta política, los miembros que integran el Sistema Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) son Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, y Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Todos los demás hospitales de New Hampshire y Vermont se consideran centros no asociados.

A partir del 11 de mayo de 2019, esta política se aplica a los siguientes centros: Dartmouth-Hitchcock Clinic, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Alice Peck Day Memorial Hospital y Cheshire Medical Center.

A partir de octubre de 2020, esta política también se aplica al New London Hospital.

#### **IV. Declaración normativa**

D-HH acepta de pacientes no asegurados, como pago completo, un monto no mayor al que generalmente se factura y es recibido por D-HH para pacientes cubiertos por seguros de salud. Si el paciente no asegurado es un ciudadano estadounidense, D-HH aplica un descuento sobre el total de cargos brutos antes de la facturación. Este descuento no se aplica a ningún copago, coseguro, monto deducible, prepago o servicio en paquete que ya refleje cualquier descuento requerido, ni a servicios clasificados como no cubiertos por todas las compañías aseguradoras. Los pacientes que no sean ciudadanos estadounidenses y solicitan servicios que no sean de emergencia no son elegibles para el descuento para pacientes no asegurados.

Los pacientes que rehúsen declarar su ciudadanía no cumplen los requisitos para recibir el descuento para pacientes no asegurados.

#### **Metodología de cálculo de porcentajes para montos generalmente facturados según la Sección 501(r):**

Las regulaciones del IRS según la Sección 1.501(r)-5, Limitaciones sobre los cargos, requieren que los centros hospitalarios calculen el porcentaje de sus “montos generalmente facturados” (AGB) a los pacientes que tienen seguro. Los centros hospitalarios pueden usar el método retrospectivo como base para el porcentaje de los montos generalmente facturados en las reclamaciones de cargo por servicio de Medicare, más todas las aseguradoras de salud privadas, o solo con Medicare. Estas regulaciones establecen además que los planes de seguro de salud administrados por aseguradoras de salud privadas bajo Medicare Advantage deben tratarse como tales y no como cargos por servicio de Medicare.

Los sitios de D-HH mencionados anteriormente han elegido utilizar como base para sus respectivos cálculos de porcentajes de los montos generalmente facturados un método retrospectivo en las reclamaciones de cargo por servicio de Medicare, más todas las aseguradoras de salud privadas. Al utilizar año tras año un período retrospectivo constante de 12 meses, se compilan los cargos brutos por servicio de Medicare y todos los pagadores privados, junto con los ingresos netos por servicios al paciente para esas mismas categorías. Los porcentajes de los montos generalmente facturados se calculan de la siguiente manera:

Porcentaje de tasa de recaudación efectiva =  $\frac{\text{Total de ingresos netos por servicios al paciente de cargos por servicio de Medicare y de pagadores privados}}{\text{Total de cargos brutos por cargos por servicio de Medicare y de pagadores privados}}$

Total de cargos brutos por cargos por servicio de

Medicare y de pagadores privados

Porcentaje de los montos generalmente facturados = 100 % – Porcentaje de tasa de recaudación efectiva

## V. Referencias – N/A

<b>Propietario responsable:</b>	División de Finanzas Corporativas	<b>Contacto(s):</b>	Kimberly Mender
<b>Aprobado por:</b>	Consejo de Administración; Director General - Finanzas; Comité de Apoyo de Políticas (COPS); Oficina de Apoyo de Políticas - Solo políticas de la organización; Kays, Kieran; Mender, Kimberly; Naimie, Tina; Ten Haken, Jean; Willbarger, Kathryn	<b>Versión núm.:</b>	7
<b>Fecha de aprobación actual:</b>	13/OCT/2020	<b>ID del documento anterior:</b>	RMD 0081
<b>Fecha en que la política entrará en vigor:</b>	13/OCT/2020		
<b>Políticas y procedimientos relacionados:</b>	<a href="#">Política de asistencia financiera para servicios de atención médica</a>		
<b>Auxiliares de trabajo relacionados:</b>			