

IDENT	PAS35
Tipo de documento	Política
Tipo de aplicabilidad	Red CVMC/PMC/UVMC
Cargo del propietario	Director de Acceso de Pacientes
Cargo del funcionario de aprobación	Vicepresidente de Ciclo de Ingresos de Redes
Fecha de vigencia	7/1/2023
Fecha de la próxima revisión	10/1/2023



TÍTULO: Limitación de cargos (AGB)

OBJETIVO: Establecer una política y un procedimiento para la cantidad que se le cobra a los pacientes que califican para recibir asistencia financiera.

DECLARACIÓN DE POLÍTICA: De acuerdo con las reglamentaciones 501r del IRS, los socios de The University of Vermont Health Network – VT limitarán los cargos a los pacientes calificados bajo nuestro Programa de asistencia financiera a las Cantidades generalmente facturadas (AGB) a los pacientes asegurados, para la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria. De acuerdo con el estatuto H.287 del estado de Vermont, se aplicarán limitaciones adicionales a los pacientes no asegurados.

La política se aplica a los siguientes socios de UVMHN:

Central Vermont Medical Center
130 Fisher Road
Berlin, VT 05602

Porter Medical Center
115 Porter Drive
Middlebury, VT 05753

The University of Vermont Medical Center
111 Colchester Ave
Burlington, VT 05401

PROCEDIMIENTO:

1. Los socios de The University of Vermont Medical Health Network, VT calcularán la cantidad generalmente facturada a los pacientes asegurados anualmente y limitarán por la misma cantidad las cantidades facturadas a los pacientes por servicios que califican para asistencia financiera. Los AGB se calcularán en octubre y se aplicarán a todos los servicios prestados en el nuevo año fiscal.
2. Los socios de UVMHN VT usarán el método retrospectivo para calcular el AGB e incluirán pagadores del gobierno y comerciales; específicamente, Medicare, Medicare ACO, Medicare Advantage, Medicaid y pagadores de seguros comerciales/privados.
3. De acuerdo con las reglamentaciones del IRS, los socios de UVMHN VT incluirán todos los reclamos permitidos para el año fiscal anterior, incluyendo los cargos que son responsabilidad del paciente. Los reclamos revisados son aquellos que se pagaron dentro de ese período de 12 meses, no los servicios que se prestaron en ese período. Si un reclamo no se ha finalizado antes del último día del período de 12 meses, no se incluirá en el cálculo de este año fiscal.
4. Cuando calculamos la cantidad generalmente facturada, incluimos la cantidad total permitida por una compañía de seguros más la cantidad que pagará el paciente. Eso incluiría copagos, coseguros y deducibles.
5. Para asegurarnos de incluir solo los cargos o servicios que tienen ajustes autorizados, los socios de UVMHN VT restarán del total permitido los ajustes hechos por falta de autorización. Estos cargos no están permitidos por el pagador y se ajustan al nivel de cargos brutos.
6. El cálculo incluirá la cantidad total permitida por el pagador del seguro, menos los ajustes administrativos por falta de autorización aplicados; luego, esta cantidad se divide por los cargos brutos facturados para esos reclamos.

Impreso el: 6/25/2024 3:04 PM Por: Lonergan, Shannon M.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Solo la política en línea se considera oficial. Compare este documento con el documento en línea para asegurar la precisión.

7. Cálculo para el año fiscal 2024 (1 de octubre de 2023 - 30 de septiembre de 2024):
 - a. Central Vermont Medical Center: 57 %
 - b. Porter Medical Center: 53 %
 - c. The University of Vermont Medical Center: 57 %
8. De acuerdo con la ley del estado de Vermont, los pacientes no asegurados recibirán un descuento adicional del 40 % después de que se aplique el AGB. Los socios de UVMHN VT han calculado una tasa combinada para este ajuste. Aunque la ley no lo exige, nuestra política aplicará el mejor ajuste de tasa combinada a los pacientes no asegurados e infraasegurados en los hospitales de Vermont.
9. Cálculo de la tasa combinada para el año fiscal 2024 (1 de julio de 2024 – 30 de septiembre de 2024):
 - a. Central Vermont Medical Center: 75 %
 - b. Porter Medical Center: 75 %
 - c. The University of Vermont Medical Center: 75 %
10. Para el descubrimiento tardío de elegibilidad y en cumplimiento con las reglas de garantía de protección, UVMMC reembolsará cualquier pago del paciente que exceda el AGB por atención que hubiera calificado para asistencia dentro de un período de 240 días desde la aprobación de la solicitud. Tenga en cuenta que se pueden aplicar sobrepagos a otros saldos pendientes antes de procesar un reembolso al paciente.

PLAN DE MONITOREO:

Auditorías anuales
Revisión de automatización de EHR

DEFINICIONES:

Ajuste administrativo: Un ajuste o cancelación de cargos en una cuenta, por ejemplo, falta de autorización, etc.

Cantidad permitida: El pago máximo que pagará un plan por un servicio de atención médica cubierto.

Cargos brutos: La cantidad total que se cobra por el servicio prestado antes de hacer cualquier ajuste o descuento.

Limitación de cargos: Cada hospital exento de impuestos debe limitar la cantidad generalmente facturada por atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que reciban los pacientes elegibles para asistencia financiera a las cantidades generalmente facturadas a pacientes asegurados, y no puede usar cargos brutos.

Método retrospectivo: Revisión retrospectiva de todos los reclamos pagados por las aseguradoras en el año fiscal anterior.

POLÍTICAS RELACIONADAS:

PAS1 Programa de asistencia financiera

REFERENCIAS:

IRC § 501®(4):
IRC § 501®(5):
IRC § 501®(6):
H.287 (Act 119)
26 C.F.R. §1.36B-2
VT Título 18, Capítulo 221, Subcapítulo 10:
§ 9481 Definiciones

Impreso el: 6/25/2024 3:04 PM Por: Lonergan, Shannon M.

DESCARGO DE RESPONSABILIDAD: Solo la política en línea se considera oficial. Compare este documento con el documento en línea para asegurar la precisión.

§ 9482 Políticas de asistencia financiera para grandes centros de atención médica
§ 9483 Implementación de la política de asistencia financiera
§ 9484 Educación e información públicas
§ 9485 Prohibición de venta de deuda médica
§ 9486 Prohibición de renuncia de derechos
§ 9487 Aplicación

REVISORES:

Amy Vaughan, vicepresidenta de Finanzas de Ingresos y Reembolsos de Redes
Craig Bennett, director de Privacidad y Cumplimiento de Redes
Melissa Laurie, vicepresidenta/controladora corporativa de Redes
Gina Slobodzian, directora de Servicio al Cliente de Redes
Chris Cook, director de Servicios Financieros para Pacientes de PMC
Amy Gibbs, directora de Finanzas y Contabilidad de CVMC

PROPIETARIO: Shannon Lonergan, Director de Acceso de Pacientes

FUNCIONARIO DE APROBACIÓN: Michael Barewicz, Vicepresidente de Ciclo de Ingresos de Redes