

IDENT	PAS35B
Type de document	Politique
Type d'applicabilité	Réseau CVPH/AHMC/ECH
Titre du propriétaire	Directeur de l'accès aux patients
Titre du responsable de l'approbation	Vice-présidence du cycle des revenus du réseau
Date d'entrée en vigueur	10/20/2024
Date de la prochaine révision	10/31/2025



**TITRE :** Limitation des frais (AGB) & HFAL

**OBJET :** Établir une politique et une procédure concernant les montants facturés aux patients qui remplissent les conditions requises pour bénéficier d'une aide financière.

**ÉNONCÉ DE POLITIQUE :** Conformément à la réglementation de l'IRS 501r, le University of Vermont Health Network – NY Partners limitera les frais facturés aux patients éligibles à notre programme d'aide financière aux montants généralement facturés (AGB) aux patients assurés pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires. Conformément à la loi de l'État de New York, PHL 2807-k, des restrictions supplémentaires s'appliquent aux patients non assurés.

**Cette politique s'applique aux partenaires suivants du UVMHN.**

Champlain Valley Physicians Hospital  
75 Beekman Street  
Plattsburgh, NY 12901

Alice Hyde Medical Center  
133 Park Street  
Malone, NY 12953

Elizabethtown Community Hospital  
75 Park Street  
Elizabethtown, NY 12932

**PROCÉDURE:**

1. Le University of Vermont Medical Health Network, NY Partners calculera chaque année le montant généralement facturé aux patients assurés. Ce montant servira de plafond pour les facturations aux patients bénéficiant d'une aide financière. Le calcul de l'AGB est effectué en octobre et s'applique à tous les services fournis au cours du nouvel exercice fiscal.
2. UVMHN NY Partners utilise la méthode rétrospective pour calculer l'AGB et inclura les payeurs gouvernementaux et commerciaux, notamment Medicare, Medicare ACO, Medicare Advantage et les payeurs d'assurance commerciale/privée.
3. Conformément aux réglementations de l'IRS, UVMHN NY Partners inclura toutes les demandes de remboursement acceptées pour l'exercice précédent, y compris les montants à la charge du patient. Les demandes de remboursement examinées sont celles qui ont été payées au cours de cette période de 12 mois, et non les services qui ont été fournis pendant cette période. Si une demande de remboursement n'a pas été finalisée avant le dernier jour de la période de 12 mois, elle ne sera pas incluse dans le calcul de l'exercice fiscal en cours.
4. Le calcul du montant généralement facturé inclut le montant total autorisé par une compagnie d'assurance plus le montant que le patient devra payer. Cela comprend les copaiements, les coassurances et les franchises.
5. Pour garantir que seuls les frais/services ayant fait l'objet d'un ajustement autorisé soient inclus, UVMHN NY Partners réduira le total autorisé des ajustements liés à l'absence d'autorisation. Ces frais ne sont pas pris en charge par le payeur et sont ajustés au niveau du montant brut facturé.
6. Le calcul inclura le montant total autorisé par l'assureur, moins les ajustements administratifs liés à l'absence d'autorisation ; ce montant est ensuite divisé par les frais bruts facturés pour ces demandes de remboursement.

7. Le calcul pour l'exercice fiscal 2024 (du 1er octobre 2023 au 30 septembre 2024) correspond au montant minimum à accorder aux personnes éligibles à une aide financière :
- Champlain Valley Physicians Hospital : 64 %
  - Alice Hyde Medical Center : 44 %
  - Elizabethtown Community Hospital : 51 %
8. Conformément à la loi de l'État de New York, les patients assurés et non assurés bénéficieront de remises minimales calculées sur la base du HFAL indiqué ci-dessous. Bien que cela ne soit pas exigé par la loi, notre politique appliquera le meilleur taux mixte des trois hôpitaux partenaires, en ajustant à la fois les patients non assurés et sous-assurés dans les trois hôpitaux UVMHN de New York.

Niveau de revenu	Paiement
<b>Inférieur à 200 % FPL</b>	Exonération totale des frais
<b>200%-300% FPL</b>	<p>Patients non assurés : Participation selon un barème dégressif, pouvant aller jusqu'à 10 % du montant qui aurait été pris en charge par Medicaid pour les services concernés.</p> <p>Patients sous-assurés : Participation plafonnée à 10 % du montant qui aurait été payé conformément au partage des coûts d'assurance de ce patient.</p>
<b>301%-400% FPL</b>	<p>Patients non assurés : Participation selon un barème dégressif, pouvant aller jusqu'à 20 % du montant qui aurait été pris en charge par Medicaid pour les services concernés.</p> <p>Patients sous-assurés : Participation plafonnée à 20 % du montant qui aurait été payé conformément au partage des coûts d'assurance de ce patient.</p>

9. Le calcul du taux mixte pour l'AHMC, le CVPH et l'ECH pour l'exercice 2025 est le suivant :
- Les patients assurés éligibles bénéficieront des subventions suivantes en fonction de leur FPL (il n'est pas nécessaire de déterminer s'ils sont sous-assurés, car les réductions dépassent les minimums requis par la loi) :
    - < 250 % du FPL : remise de 100 % sur les montants dus après assurance
    - < 300 % du FPL : remise maximale de 10 % sur les montants dus après assurance
    - < 400 % du FPL : remise maximale de 20 % sur les montants dus après assurance
  - Les patients non assurés éligibles bénéficieront des subventions suivantes en fonction de leur FPL
    - < 250 % du FPL : remise de 100 %
    - < 300 % du FPL : remise de 98 %
    - < 400 % du FPL : remise de 96 %
10. En cas de découverte tardive de l'éligibilité et conformément aux règles de sécurité, tous les hôpitaux rembourseront tout paiement effectué par les patients au-delà de l'AGB pour des soins qui auraient pu bénéficier d'une aide dans un délai de 240 jours à compter de l'approbation de la demande. Remarque : Les trop-perçus peuvent être appliqués à d'autres soldes ouverts avant le traitement d'un remboursement au patient.

## PLAN DE SUIVI :

Audits annuels  
Examen de l'automatisation des dossiers médicaux électroniques

## DÉFINITIONS :

**Ajustement administratif:** Ajustement ou annulation des frais sur un compte, par exemple en cas d'absence d'autorisation, etc.

**Montant autorisé :** Montant maximal qu'un régime d'assurance accepte de payer pour un service de santé couvert.

**Montant brut des frais:** Montant total facturé pour le service fourni avant ajustements ou remises

**Limitation des frais :** Chaque hôpital exonéré d'impôt doit limiter le montant généralement facturé pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires fournis aux patients éligibles à une aide financière aux montants généralement facturés aux patients assurés et ne peut pas utiliser les frais bruts.

**Méthode rétrospective :** Examen rétrospectif de toutes les demandes de remboursement payées par les assureurs au cours de l'exercice financier précédent.

## **POLITIQUES CONNEXES:**

PAS1B Programme d'aide financière

## **RÉFÉRENCES :**

IRC § 501(r)(4) :  
IRC § 501(r)(5) :  
IRC § 501(r)(6) :  
NYS PHL§2807k

## **RÉVISEURS :**

Katherine A Peterson, AVP Revenue Cycle, AHMC/CVPH  
Susan Vogelzang, Directrice de la comptabilité des patients AHMC  
Christine Cook, directrice des services financiers aux patients, ECH/PMC  
Kirsten Pope, Directrice de l'audit interne et de la conformité, CVPH  
Shannon Lonergan, Vice-présidente adjointe de l'accès aux patients, CVMC/ECH/PMC/UVMMC

**PROPRIÉTAIRE :** Melissa LaMountain, Directrice régionale de l'accès aux patients

**RESPONSABLE DE L'APPROBATION** Vice-présidence du cycle des revenus du réseau