

IDENT	PAS35
Type de document	Politique
Type d'applicabilité	Réseau CVMC/PMC/UVMMC
Titre du propriétaire	Directeur de l'accès aux patients
Titre du responsable de l'approbation	Vice-présidence du cycle des revenus du réseau



**University of
Vermont Health**

TITRE : Limitation des frais (AGB)

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 – VT 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 H.287 de l'État du Vermont, des restrictions supplémentaires s'appliquent aux patients non assurés.

Cette politique s'applique aux partenaires suivants du 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

PROCÉDURE:

1. Le University of Vermont Medical Health Network, VT 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 VT Partners utilise la méthode rétrospective pour calculer l'AGB et inclura les payeurs gouvernementaux et commerciaux, notamment Medicare, Medicare ACO, Medicare Advantage, Medicaid et les payeurs d'assurance commerciale/privée.
3. Conformément aux réglementations de l'IRS, UVMHN VT 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 VT 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. Calcul pour l'exercice fiscal 2025 :

Imprimé le : 10/20/2025 5:47 Par : Lonergan, Shannon M.

AVERTISSEMENT : Seule la politique en ligne est considérée comme officielle. Veuillez la comparer avec le document en ligne pour en vérifier l'exactitude.

- a. Central Vermont Medical Center : 57 %
 - b. Porter Medical Center : 53 %
 - c. L'University of Vermont Medical Center : 57 %
8. Conformément à la loi de l'État du Vermont, les patients non assurés bénéficieront d'une réduction supplémentaire de 40 % après application de l'AGB. UVMHN VT Partners a calculé un taux mixte pour cet ajustement. Bien que cela ne soit pas exigé par la loi, notre politique appliquera le meilleur ajustement du taux mixte aux patients non assurés et sous-assurés dans tous les hôpitaux du Vermont.
9. Calcul du taux mixte pour l'exercice 2025
- a. Central Vermont Medical Center : 75 %
 - b. Porter Medical Center : 75 %
 - c. L'University of Vermont Medical Center : 75 %
10. En cas de découverte tardive de l'éligibilité et conformément aux règles de sécurité, l'UVMHC remboursera tout paiement effectué par un patient 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:

PAS1 Programme d'aide financière

RÉFÉRENCES :

IRC § 501(r)(4) :
IRC § 501(r)(5) :
IRC § 501(r)(6) :
H.287 (Loi 119)
26 C.F.R.§1.36B-2
VT Titre 18, Chapitre 221, Sous-chapitre 10 :

Imprimé le : 10/20/2025 5:47 Par : Lonergan, Shannon M.

AVERTISSEMENT : Seule la politique en ligne est considérée comme officielle. Veuillez la comparer avec le document en ligne pour en vérifier l'exactitude.

- § 9481 Définitions
- § 9482 Politiques d'aide financière pour les grands établissements de santé
- § 9483 Mise en œuvre de la politique d'aide financière
- § 9484 Éducation et information du public
- § 9485 Interdiction de vendre des créances médicales
- § 9486 Interdiction de renoncer à ses droits
- § 9487 Application

RÉVISEURS :

Amy Vaughan, Vice-présidente du réseau, Finances et remboursements
Craig Bennett, Directeur de la conformité et de la confidentialité du réseau
Melissa Laurie, Vice-présidente du réseau/contrôleuse générale
Gina Slobodzian, Directrice du service clientèle du réseau
Chris Cook, Directeur des services financiers aux patients, PMC
Amy Gibbs, Directrice des finances et de la comptabilité CVMC

PROPRIÉTAIRE : Shannon Lonergan, Vice-présidente adjointe de l'accès aux patients

RESPONSABLE DE L'APPROBATION : Michael Barewicz, Vice-présidence du cycle des revenus du réseau