IDENT	PAS1A
Tipo de documento	Política
Tipo de aplicabilidad	UVMH CVMC/PMC/UVMMC
Cargo del responsable	Vicepresidente adjunto de Acceso del Paciente
Cargo del funcionario que aprueba	Vicepresidente ejecutivo de Finanzas y gerente general de Finanzas
Fecha de vigencia	1/1/2026
Fecha de siguiente revisión	1/1/2029

TÍTULO: Programa de asistencia financiera – Hospitales de Vermont

PROPÓSITO: Establecer una política y un procedimiento para la administración del Programa de asistencia financiera de University of Vermont Health para hospitales de Vermont.

DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA: University of Vermont Health ("UVMH") es una organización centrada en el paciente comprometida a tratar a todos los pacientes en forma equitativa, con dignidad y respecto, independientemente de sus beneficios de seguro médico o sus recursos financieros. Además, los Hospitales Asociados de Vermont (definido a continuación) de la UVMH se comprometen a proporcionar asistencia financiera a personas que tienen necesidades básicas de atención médica y no tienen seguro, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para un programa del gobierno o, por otro motivo, no pueden pagar la atención médicamente necesaria en función de su situación financiera individual. En coherencia con su misión de brindar servicios de atención médica compasivos, de alta calidad y asequibles y de cumplir nuestras obligaciones como organización sin fines de lucro, UVMH se esfuerza por garantizar que la capacidad financiera de las personas que necesitan servicios de atención médica no les impida buscar o recibir atención.

La asistencia financiera no se considera un reemplazo de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de los Hospitales Asociados de Vermont de la UVMH para obtener otras formas de pagar o asistencia financiera, y que contribuyan al costo de su atención en función de su capacidad individual de pagar. Se alentará a las personas con la capacidad financiera de comprar un seguro de salud a que lo hagan, como manera de garantizar el acceso a los servicios de atención médica, por su salud personal general y para proteger sus activos individuales.

Para administrar los recursos responsablemente y permitir a UVMH proporcionar el nivel adecuado de asistencia a la mayor cantidad de personas que lo necesiten, se han establecido las siguientes políticas y procedimientos para la provisión de asistencia financiera a los pacientes.

La política se aplica al Hospital General para Internación y el Departamento del Hospital para Pacientes Ambulatorios de los siguientes Hospitales Asociados de Vermont de la UVMH:

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 Avenue
Burlington, VT 05401

PROCEDIMIENTOS:

Asistencia financiera

<u>Elegibilidad para el servicio de atención médica</u>:

Los siguientes servicios son elegibles para la asistencia financiera:

- Servicios médicos de emergencia prestados en el entorno de una sala de emergencias.
- Servicios de atención médica médicamente necesarios, como servicios de urgencia por una afección que, si no se trata oportunamente, produciría un cambio negativo en el estado de salud de una persona.

Los servicios no elegibles para la asistencia financiera incluyen, entre otros, los siguientes:

- Servicios estéticos/plásticos.
- Servicios de infertilidad/fertilidad (por ejemplo, IVF, vasectomías/reversiones, ligaduras tubáricas/reversiones).
- Atención no médicamente necesaria, como cuidados básicos sin necesidad de internación aguda.
- Servicios cubiertos por una política global (por ejemplo, si ya se aplicó un descuento).
- Servicios de investigación/experimentales.
- Atención para personas que no son ciudadanos estadounidense y están en Estados Unidos con una visa de turismo/visita, *a menos que* (i) dicha atención se brinde en una sala de emergencias o (ii) dicha persona que no es ciudadana estadounidense esté residiendo o trabajando en Vermont en el momento de dicha atención.
- Servicios prestados en Appletree Bay.
- Servicios reembolsados directamente al paciente por una aseguradora o tercero.

Cobertura de profesionales médicos: Todos los profesionales médicos empleados por UVMH que brinden atención en los Hospitales Asociados de Vermont y los consultorios médicos de la UVMH están cubiertos por esta política. En el sitio web de cada hospital aplicable, está disponible una lista actualizada de los profesionales elegible; puede encontrar enlaces a estos sitios en la sección de información de contacto del programa de esta política. Para solicitar una copia en papel de la lista, sin cargo, comuníquese con nuestro departamento de Atención al Cliente al 802-847-8000 o al 800-639-2719.

Cobertura de hospital: Todos los servicios elegibles prestados o solicitados en los Hospitales Asociados de Vermont de la UVMH, independientemente de que los médicos sean empelados o no empleados. *Nota*: Esta disposición hace referencia solo a la facturación de los hospitales/centros; consulte la cobertura de profesionales médicos para determinar si se cubrirá la factura del médico.

Elegibilidad financiera: La elegibilidad para la asistencia financiera se considerará para las personas que no tienen seguro, tienen seguro insuficiente, no son elegibles para ningún programa de beneficios de atención médica gubernamental o que no pueden pagar su atención, según una determinación de necesidad financiera conforme a esta política. El otorgamiento de la asistencia se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y estará condicionada por los Criterios de residencia definidos a continuación, pero no tendrá en cuenta edad, raza, color, sexo, orientación sexual, identidad de género, estado civil, religión, antepasados, origen nacional, ciudadanía, estado de inmigración, idioma principal, discapacidad, afección médica ni información genética.

Excepto en casos de Indigencia médica catastrófica (según se define a continuación), la elegibilidad para la asistencia financiera se basa en una prueba de ingresos y una prueba de activos. Un paciente debe aprobar ambas pruebas para ser elegible para la asistencia financiera.

- Prueba de ingresos: Un paciente cuyos ingresos, considerando la unidad familiar y de acuerdo con el 18 V.S.A. § 9481(5), están en o por debajo del 400 % de los lineamientos del nivel de pobreza federal (FPLG) puede aprobar la prueba de ingresos.
    - Los dependientes de 18 años o más pueden estar incluidos dentro del tamaño de la unidad familiar cuando se declaran como dependientes en la declaración de impuesto a los ingresos federal.
    - Los trabajadores migrantes cuyos familiares directos (cónyuge e hijos biológicos/adoptivos) residen fuera del país serán incluidos en el tamaño de la unidad familiar.

- Prueba de activos: Se permite que cada persona/unidad familiar tenga activos líquidos iguales a los niveles de ingresos al 400 % del FPL, ajustado por el tamaño de la unidad familiar. Si los activos líquidos están por debajo de este lineamiento, el paciente aprueba la prueba de activos.
    - Los activos líquidos son aquellos que pueden convertirse en efectivo sin incurrir en sanciones significativas e incluyen, entre otros: cuentas corrientes, cajas de ahorro o cuentas del mercado monetario; cuentas de corretaje no calificadas;
    - Los activos líquidos *excluyen* específicamente la residencia primaria de la unidad familiar, cualquier cuenta de jubilación calificada (por ejemplo, 401(k), IRA, etc.), planes de pensión y cajas de ahorro 529, ni las propiedades secundarias ni las tierras. Dichos activos no se tendrán en cuenta a los fines de determinar la elegibilidad para la asistencia financiera.

- Indigencia médica catastrófica: Para los pacientes con ingresos de unidad familiar, determinados según 18 V.S.A. § 9481(5), iguales o inferiores al 600 % del FPLG y cuya factura hospitalaria de gastos de bolsillo supera el 20 % del ingreso de la unidad familiar, UVMH reducirá el monto adeudado por el paciente al 20 % del ingreso de la unidad familiar o a $10.000, lo que sea menos.

Criterios de residencia: Los pacientes deben residir dentro del área de servicio de UVMH, a menos que los servicios médicos hayan sido urgentes o de emergencia. Los servicios programados para pacientes que residen fuera del área de servicio de UVMH no son elegibles para la asistencia financiera. La asistencia financiera para quienes residan fuera del área de servicio de UVMH se otorgará solo en circunstancias específicas y con la aprobación correspondiente.

El área de servicio de UVMH se define como: todos los condados de Vermont, condados seleccionados de Nueva York (Clinton, Essex, Franklin, Washington, Hamilton, Warren y St. Lawrence) y condados seleccionados de New Hampshire para laboratorio de referencia (condados de Coos, Grafton y Sullivan).

- Los residentes de Vermont viven en Vermont, están empleados por un empleador de Vermont para prestar servicios en Vermont o asisten a una institución educativa en Vermont, o una combinación de estas condiciones. El término incluye a las personas que viven en Vermont en el momento en que se prestan los servicios, pero no tienen vivienda permanente estable.
- Los residentes de Nueva York deben residir en nuestra área de servicio durante más de 6 meses por año para cumplir el requisito de residencia.

Para establecer una prueba de residencia, se aceptan los siguientes documentos:

- Una declaración de impuesto a los ingresos federal más reciente que indique una dirección en el área de servicio.
- Una licencia de conducir del área de servicio, facturas de vivienda con dirección dentro del área de servicio, alquiler de inmueble en el área de servicio o una factura de servicios públicos del área de servicio, copia de un contrato de trabajador migrante o carta del empleador que contrata.
- Talones de pago de un empleo en Vermont, prueba de inscripción en una institución educativa o documentación por escrito de Open-Door Clinic.
- Una declaración por escrito firmada por el paciente (o el tutor o cuidador, según corresponda) que indique que el paciente estaba viviendo en Vermont, pero no tenía vivienda estable en el momento en que se prestaron los servicios.

Pagos de seguros médicos y responsabilidad civil: Los servicios prestados en un Hospital Asociado de Vermont de la UVMH se facturarán a la cobertura primaria del paciente, un seguro médico privado, un plan de salud laboral de un empleador, una indemnización laboral o pagos pendientes por MedPay/terceros aseguradores de responsabilidad civil. En los casos en que haya un pago potencial de responsabilidad civil automovilística/por lesiones pendiente para el futuro, UVMH presentará un gravamen para proteger sus intereses financieros, sin incluir los beneficiarios de Medicare/Medicaid. Después de presentar el gravamen, puede otorgarse la asistencia financiera, si el paciente, por lo demás, reúne los requisitos. Si en el futuro se distribuyen pagos de responsabilidad civil, el gravamen de UVMH le permitirá recuperar parte o la totalidad de la asistencia financiera otorgada inicialmente al paciente.

Programa de atención médica público/Criterio de intercambio de atención médica: Para los pacientes que soliciten el programa de asistencia financiera de los Hospitales Asociados de Vermont de la UVMH, se revisa su elegibilidad potencial para programas de atención médica estatales o federales y se los alienta a solicitar un seguro médico. Sin incluir los inmigrantes indocumentados, los pacientes que sean identificados como candidatos a ser potencialmente elegibles para Medicare o Medicaid, una solicitud y el cumplimiento de los lineamientos de dichos programas es un requisito previo para el programa de asistencia financiera de UVMH.

Exclusiones:

- A los pacientes alcanzados por las exclusiones de la Ley 119 (ACT 119) no se les reducirá el descuento por este motivo.
- Los residentes de Vermont que reúnen los requisitos para Medicaid deben buscar cobertura solo si su ingreso está por debajo de los lineamientos máximos de Medicaid.
- El rechazo por parte de un inmigrante indocumentado a solicitar programas públicos no será justificación para negar la asistencia financiera.

- El rechazo por parte de los residentes de Vermont a comprar un seguro médico privado o de plan de intercambio no será justificación para negar la asistencia financiera.
- Los pacientes cuyo sistema de creencias religiosas o culturales les prohíbe buscar o recibir asistencia financiera de una entidad gubernamental pueden ser excluidos del criterio del programa público de atención médica. Sin embargo, el paciente deberá asumir una parte de la responsabilidad financiera que determinarán el Comité de Apelaciones del Programa de asistencia financiera y el gerente general de Finanzas.

Determinación de necesidad financiera: La necesidad financiera se determinará de acuerdo con procedimientos que involucran una evaluación individual que incluirá lo siguiente:

- Un proceso de solicitud, en el cual el paciente o el garante del paciente deben cooperar y proporcionar información y documentación personal, financiera y de otro tipo relevantes para tomar una determinación de necesidad financiera.
- Una revisión de fuentes de datos externas disponibles públicamente que proporcionan información sobre la capacidad de pago de un paciente o el garante de un paciente.
- Esfuerzos razonables por parte de UVMH para explorar fuentes de pago alternativas adecuadas y cobertura de programas de pago públicos y privados, y, si corresponde, para ayudar al paciente a solicitar dichos programas.
- Consideración de los activos líquidos del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente.
- Una revisión de las cuentas por cobrar pendientes de pago del paciente con UVMH por servicios elegibles prestados anteriormente.

En casos de Asistencia financiera presunta, según se describe a continuación, el proceso de solicitud puede modificarse a discreción de UVMH.

Es preferible, pero no obligatorio, que una solicitud de asistencia financiera y una determinación de necesidad financiera tengan lugar antes de la prestación de los servicios. Un paciente debe tener un saldo corriente adeudado a un Hospital Asociado de Vermont de la UVMH, la previsión de que una cuenta que actualmente tiene seguro pendiente dejará un saldo adeudado a un Hospital Asociado de Vermont de la UVMH o un servicio programado/derivado en un Hospital Asociado de Vermont de la UVMH que se prevé deje un saldo al paciente.

Elegibilidad para asistencia financiera presunta: Hay casos en los que un paciente puede parecer elegible para la asistencia; sin embargo, no hay una solicitud de asistencia financiera en el archivo debido a la falta de documentación de respaldo. A menudo, hay información adecuada proporcionada por el paciente o a través de otras fuentes que podría representar evidencia suficiente para brindar asistencia financiera al paciente.

La elegibilidad presunta puede determinarse en función de circunstancias de la vida individual, que pueden incluir las siguientes:

- Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales no financiados (por ejemplo, Medicaid).
- Elegibilidad para el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria (SNAP).
- Participación en programas de Mujeres, Bebés y Niños (WIC).
- El paciente es un detenido/preso cuyo seguro no cubre los saldos.
- El paciente carece de vivienda.

La elegibilidad presunta se ajustará a una transacción/código de pago específicos para garantizar que el dinero se excluya del Informe de costos de Medicare.

Período de solicitud: UVMH procesará las solicitudes completas presentadas por las personas en cualquier momento durante el proceso de cobro.

Plazos de procesamiento de solicitudes: En el término de 30 días calendario después de recibir una solicitud de asistencia financiera, UVMH notificará al paciente por escrito si la solicitud está aprobada o rechazada o, si esta está incompleta, qué información se necesita para completarla. Si se solicita información adicional, esta debe presentarse en el término de 30 días desde la solicitud, o bien la solicitud se cerrará por incumplimiento. Si UVMH rechaza la solicitud del paciente, la notificación por escrito incluirá los motivos fácticos del rechazo. Si UVMH aprueba la solicitud de asistencia financiera, proporcionará al paciente un cálculo de la asistencia financiera otorgada y una factura revisada.

Si UVMH rechaza la solicitud de asistencia financiera, el paciente puede presentar una apelación en el término de 60 días desde que recibe la decisión de UVMH. UVMH notificará al paciente su aprobación o rechazo de la apelación del paciente en el término de 60 días después de recibir la apelación.

Período de elegibilidad para la asistencia financiera: La necesidad de asistencia financiera se reevaluará en cada ocasión de servicio posterior si la última evaluación financiera se completó más de seis meses antes o en cualquier momento en que se tome conocimiento de información adicional relevante para la elegibilidad del paciente para la asistencia. La reevaluación de pacientes discapacitados o mayores de 64 años cuyo ingreso esté fijado por debajo del 400 % del FPLG tendrá lugar una vez al año. La reevaluación de los empleados a tiempo parcial y completo de UVMH cuyo ingreso esté por debajo del 400 % del FPLG tendrá lugar una vez al año. Es responsabilidad del paciente informar a UVMH los cambios financieros dentro del período de adjudicación.

Lineamientos de la asistencia financiera: El monto de asistencia provista a un paciente elegible variará según el nivel de ingreso. Para los pacientes elegibles sin seguro, la adjudicación se basará en un descuento del monto generalmente facturado ("AGB") por los servicios recibidos. Para los pacientes elegibles que tienen seguro, la adjudicación se basará en un descuento de los costos del bolsillo del paciente. En ningún caso se cobrará a un paciente elegible más del AGB por atención de emergencia o médicamente necesaria, después de todas las deducciones, descuentos (incluidos los descuentos conforme a esta política) y reembolsos de seguros.

"Monto generalmente facturado" o AGB significa que monto que UVMH factura generalmente a las personas que tienen un seguro que cubre la misma atención, y se determina con el método "retroactivo" establecido en 26 C.F.R. § 1.501(r)-5(b)(3). Puede obtener una copia del cálculo de AGB y el porcentaje, que se actualiza anualmente, por escrito y sin cargo visitando nuestro sitio web o llamando a nuestro departamento de Atención al Cliente. Las direcciones del sitio web y contacto telefónico se encuentran debajo de la sección de información de contacto de esta política.

Adjudicaciones de asistencia:

- Los pacientes elegibles recibirán atención gratuita (descuento del 100 % sobre saldos abonados) cuando su ingreso bruto modificado ajustado sea igual o inferior al 250 % o del nivel de pobreza federal (FPLG).
- Los pacientes elegibles sin seguro con ingreso bruto modificado ajustado de entre el 250 % y el 400 % del FPLG recibirán un descuento adicional del 40 % del monto generalmente facturado por los servicios recibidos.
- Los pacientes elegibles con seguro u otra cobertura para los servicios prestados y con ingreso de la unidad familiar entre el 250 % y el 400 % del FPLG recibirán un descuento adicional del 40 % sobre los costos de bolsillo del pacientes, después de los pagos del seguro o los pagos de otra cobertura.

Procesamiento de solicitudes aprobadas: Tras la aprobación de una solicitud, la adjudicación al paciente se aplica sobre todos los saldos abiertos (es decir, del hospital y el médico, los cargos brutos para los no asegurados y el saldo después del seguro para los asegurados) y se extiende durante una ventana de cobertura de seis meses o doce meses, según se indicó anteriormente, cuando los ingresos son fijos dentro del año calendario. La ventana de cobertura comienza en la fecha de aprobación y se extiende hasta el último día del mes en que vence la adjudicación. Cuando vence el período de adjudicación, los pacientes deberán volver a solicitar asistencia financiera y, según su estado financiero, es posible que se ajuste su categoría de adjudicación.

Reembolsos: Si el paciente presenta una solicitud de asistencia financiera completa, y se determina que es elegible para la asistencia financiera, UVMH reembolsará todo monto que el paciente haya pagado en exceso por su atención en el término de 240 días antes de recibir una solicitud completa. Los pagos hechos fuera de la ventana de solicitud de 240 días no serán elegibles para un reembolso.

Apelaciones/Revisiones de casos individuales: UVMH reconoce que puede haber circunstancias atenuantes en las que el ingreso de una persona supere los lineamientos de elegibilidad del programa o en las que siga habiendo dificultades a pesar de la adjudicación aprobada. Los pacientes tienen 60 días después de recibir una decisión de asistencia financiera por escrito para apelar la decisión. UVMH informará al paciente, a más tardar, 60 días después de recibir la apelación si esta fue aprobada o rechazada.

Se reunirá un comité multidisciplinario de apelaciones para revisar las apelaciones, así como los casos catastróficos o inusuales que no cumplen los lineamientos establecidos del programa, pero presentan dificultades inusuales. El comité revisará los casos y brindará una recomendación al gerente general de Finanzas. El gerente general de Finanzas es quien toma la decisión final.

Cuando la necesidad médica no es clara, los casos serán presentados al director general médico o la persona que este designe para tomar una decisión respecto de la necesidad médica de los servicios prestados. Si los servicios se consideran médicamente necesarios y se cumplen los lineamientos de elegibilidad para la asistencia financiera, se adjudicará la asistencia.

Período de notificación: UVMH hará esfuerzos razonables para notificar a los pacientes sobre el programa de asistencia financiera. Este período comienza en la fecha en que se presenta un resumen de facturación del saldo del paciente por la atención y termina 180 días después. Según se define en esta política, tienen lugar varios métodos de notificación desde antes de recibir la atención, durante la atención y a lo largo del ciclo de facturación de 180 días.

Si al final del período de notificación de 180 días una cuenta ha sido derivada a una agencia de cobro y se recibe y adjudica una solicitud, las cuentas serán recuperadas de la agencia y procesadas según el programa de asistencia financiera.

Cartas de solicitud y adjudicación: Según las regulaciones de la Ley 119 (ACT 119), los siguientes datos se reflejarán en la documentación por escrito a los pacientes.

- Para las solicitudes incompletas, se notificará por carta al paciente qué información se necesita para completar la solicitud.
- Las aprobaciones incluirán el monto de asistencia, el fundamento del cálculo del monto adeudado, seguido de una factura actualizada por los saldos del siguiente ciclo de facturación, con referencia a los planes de presupuesto que no superan el cinco por ciento del ingreso bruto mensual de los pacientes.
- Los rechazos incluirán los motivos del rechazo junto con información sobre cómo apelar la decisión.

Esfuerzos razonables: Se harán esfuerzos razonables para determinar si un paciente es elegible para la asistencia financiera antes de transferir el saldo a cobros. Los esfuerzos razonables pueden incluir el uso de calificación crediticia presunta, la notificación y el procesamiento de solicitudes, y la notificación antes, durante y después de la atención.

- UVMH no iniciará acciones de cobro extraordinario (ECA).
- Las solicitudes incompletas se procesarán con notificación a los pacientes donde se indique cómo completar correctamente la solicitud y/o qué documentación adicional se requiere, junto con una ventana de tiempo de 30 días para responder la solicitud de UVMH.
- UVMH debe procesar las solicitudes completadas en el término de 30 días desde que las recibe.

Socios de University of Vermont Health: Los pacientes pueden presentar una solicitud única de asistencia en cualquiera de los Socios de Vermont de la UVMH a los que se hace referencia en esta política. Debido a las variaciones en la ley estatal, deben generarse solicitudes por separado para los Socios de Nueva York de la UVMH. Cada Socio proporcionará asistencia al nivel de adjudicación del FPLG establecido para la institución individual, en función del cálculo único del AGB establecido para la organización. La organización que procesa la solicitud retendrá la documentación de respaldo; sin embargo, se pondrá a disposición de la organización asociada según se requiera para facilitar funciones de auditoría.

Comunicación del Programa de asistencia financiera a los pacientes y al público: La notificación sobre asistencia financiera está disponible desde UVMH, y debe incluir un número de contacto y ser distribuida por UVMH por varios medios, incluidos, entre otros, los siguientes:

- Referencia al programa de asistencia financiera impresa en cada resumen del paciente.
- Publicación de anuncios en salas de emergencias, departamentos de ingreso y registro, y oficinas de servicios financieros para pacientes que se encuentran en los campus de las instalaciones; pueden encontrarse carteles llamativos en los departamentos principales de registro y de emergencias.
- Entrega de una copia del resumen de la política en lenguaje sencillo en el punto de registro en los campus y que estas estén disponibles en las clínicas satélite. Entrega de copias de la política y solicitud cuando el paciente lo solicite.
- Para pacientes internados, en observación y con estadía breve, se entregará una copia de la guía para pacientes internados, que incluye información sobre el programa de asistencia financiera.
- La información debe estar disponible en el sitio web de UVMH, incluidos la política, un resumen en lenguaje sencillo, la solicitud, preguntas frecuentes, los lineamientos de FPLG y la información de contacto para solicitar ayuda de seguimiento.
- La derivación de los pacientes a la asistencia financiera puede ser realizada por cualquier integrante del personal de UVMH o el personal médico, incluidos médicos, enfermeros, asesores financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos. Una solicitud de asistencia financiera puede ser

presentada por el paciente o un familiar, amigo cercano o asociado del paciente, con sujeción a las leyes de privacidad aplicables.

- Se proporcionarán traducciones para personas con manejo limitado del inglés para poblaciones conmásde >1000 personas o el 5 % de la comunidad del área de servicio. Además, las traducciones para los Socios de Vermont de la UVMH deben incluir los 14 idiomas principales identificados por el Informe de acceso idiomático de 2023 de Vermont Office of Racial Equity. Las traducciones por escrito están disponibles en nuestro sitio web público o previa solicitud en cualquier lugar de registro. Las traducciones orales están disponibles contactando al departamento de Atención al Cliente y/o reuniéndose con un representante financiero en el campus principal del hospital. La información de contacto se incluye a continuación.
- Los pacientes que soliciten una copia traducida y/o ayuda para completar la solicitud la recibirán de los defensores financieros y/o representantes de Atención al Cliente, quienes garantizarán los servicios de un intérprete adecuado.
- Hay información, tarjetas publicitarias y folletos disponiblesatravésdela oficina de Community Health Improvement, donde el personal suele interactuar con centros comunitarios y los defensores distribuyen información y programas disponibles al público.
- Las políticas, solicitudes, listas de profesionales y copias del resumen en lenguaje sencillo están disponibles, sin cargo, en línea o en persona en los lugares de contactoquese incluyen a continuación.

Cómo solicitar asistencia financiera: Los pacientes que busquen asistencia financiera deben completar y presentar un formulario de solicitud, que incluya toda la documentación requerida. Las solicitudes deben contener la firma del solicitante o la firma de un representante que actúe en su nombre (es decir, un apoderado). La firma indica la precisión de los datos presentados, además de una confirmación de que el ingreso actual se mantiene tal como se refleja en los formularios de declaración de impuesto a los ingresos federal. Envíe por correo su solicitud completa, junto con la documentación de respaldo a la siguiente dirección:

UVMH Patient Access Department
40 IDX Drive, Bldg. 200-22052
111 Colchester Avenue, Burlington, VT 05401

Resumen de información de contacto del programa: Las políticas, solicitudes, las listas de profesionales, los resúmenes en lenguaje sencillo y la ayuda en persona se ofrecen sin cargo y pueden obtenerse a través de:

- The University of Vermont Medical Center
  - Sitio web: http://UVMHealth.org/medcenter
  - Atención al Cliente: (802) 847-8000 o (800) 639-2719
  - Representación Financiera: (802) 847-1122 o, para recibir ayuda en persona, UVMMC, 111 Colchester Avenue, Burlington, VT 05401
  - Programa de asistencia de salud: (802) 847-6984 o línea gratuita (888) 739-5183
  - Fax: (802) 847-9332
  - Mostradores de registro en todas las oficinas
  - Cobertura de la lista de proveedores: https://www.UVMHealth.org/medcenter/patients-and-visitors/billing-insurance-and-registration/financial-assistance
- Porter Medical Center:
  - Sitio web: http://www.portermedical.org
  - Atención al Cliente: (802) 847-8000 o (800) 639-2719
  - Los pacientes pueden llamar el (802) 388-8808 opción 5, de lunes a viernes, de 7:30 a. M. a 4:00 p. m.
  - Representación Financiera en 23 Pond Lane, Middlebury VT 05753
  - Mostradores de registro en todas las oficinas
  - Cobertura de la lista de proveedores: http://www.portermedical.org
- Central Vermont Medical Center:
  - Atención al Cliente: (802) 847-8000 o (800) 639-2719 o (802) 371-4600 opción 1, opción 1
  - Representación Financiera: 3 Home Farm Way, Montpelier, VT 05602
  - Sitio web: https://www.cvmc.org/patients-visitors/patient-financial-services/financial-assistance
  - Mostradores de registro en todas las oficinas
  - Cobertura de la lista de proveedores: https://www.cvmc.org/patients-visitors/patient-financial-services/financial-assistance

Relación con las políticas de cobro: La administración de UVMH debe desarrollar políticas y procedimientos para las prácticas de cobro internas y externas que tengan en cuenta la medida en la cual el paciente reúne los requisitos para la asistencia financiera, el esfuerzo de buena fe de un paciente para solicitar un programa gubernamental o de asistencia financiera de UVMH, y el esfuerzo de buena fe de un paciente para cumplir con sus acuerdos de pago con UVMH. Para los pacientes que reúnen los requisitos para la asistencia financiera y que cooperan de buena fe para resolver sus facturas hospitalarias, UVMH puede ofrecer planes de pago extendidos a quienes sean elegibles.

Nota: UVMH no participará en acciones de cobro extraordinario (ECA). ECA hace referencia a vender la deuda de una persona a un tercero, transmitir información negativa sobre la persona a agencias de calificación crediticia u oficinas de créditos, diferir, rechazar o solicitar el pago antes de brindar atención médicamente necesaria debido a la falta de pago de una persona de una o más facturas de atención brindada anteriormente conforme a la Política de asistencia financiera (FAP) y/o determinadas acciones que requieren un proceso legal o judicial. Puede obtener una copia de la política de Créditos y Cobros de UVMH llamando al departamento de Atención al Cliente al (802) 847-8000 o (800) 639-2719. También se puede obtener una copia en cualquier lugar de registro en UVMH.

Confidencialidad/Retención de documentos: Toda la información relacionada con las solicitudes de asistencia financiera se mantendrá confidencial. Las solicitudes de asistencia financiera y la documentación de respaldo se conservará durante siete años desde la fecha de aprobación o rechazo para permitir la consulta y revisiones y auditorías posteriores.

Niveles de autoridad para el ajuste de la asistencia financiera: Se seguirán los siguientes niveles de aprobación antes de poder ajustar cargos de la cuenta de un paciente conforme al Programa de asistencia financiera del paciente:

$1-$20.000	Especialista del Programa de asistencia financiera
$20.001-$50.000	Gerente
$50.001-$ 150.000	Director/Vicepresidente adjunto
>$150.001	Gerente general de Finanzas
Comité de Apelaciones	Gerente general de Finanzas

Requisitos regulatorios: Al implementar esta política, la administración de UVMH y todos los centros deben cumplir todas las demás leyes, reglas y regulaciones federales, estatales y locales que se aplican a las actividades realizadas de conformidad con esta política.

Retención de documentos: Las solicitudes completadas para el Programa de asistencia financiera se escanearán y conservarán en el registro médico electrónico durante un plazo mínimo de siete años después de aprobar o rechazar la solicitud.

Plan de monitoreo: El cumplimiento de esta política se monitoreará mediante la revisión anual de las solicitudes del Programa de asistencia financiera y las decisiones de aprobación/rechazo. Se realizará una auditoría departamental trimestral para detectar errores y se revisarán los registros mensuales de resultados.

Definiciones: A los fines de esta política, los siguientes términos tendrán las definiciones que se indican.

- **AGB**: Monto generalmente facturado a los seguros pagadores por los servicios prestados.
- **Deuda incobrable**: Los cargos incurridos por un paciente que, en función de la información financieradisponible, parece tenerlos recursos financieros para pagar los servicios de atención médica cobrados, peroque ha demostrado con sus acciones la falta de voluntad de saldar la factura.
- **Indigencia médica/catastrófica**: Hay instancias en las que las personas no son financieramente capaces de acceder a atención médica adecuada sin privarse y privar a sus dependientes de alimentos, vestimenta, vivienda u otros elementos básicos. En general, un paciente será considerado médicamente indigente si el saldo de una factura hospitalaria supera el 20 % del ingreso bruto ajustado modificado anual de la unidad familiar y no podría, de otro modo, pagar la totalidad o parte del saldo generado a partir de una enfermedad o lesión catastrófica.
- **Familia**: Un grupo de dos o más personas que viven juntas y están relacionadas por nacimiento, matrimonio, o adopción.
- **Cargos brutos**: Los cargos totales con tarifas establecidas completas, antes de aplicar deducciones.
- **Ingreso de la unidad familiar**: El ingreso se calcula de acuerdo con las metodologías financieras para determinar la elegibilidad para créditos impositivos de prima anticipada, por ejemplo, MAGI (ingreso bruto ajustado modificado).
    - Incluye las ganancias, compensación por desempleo, seguridad social, ingreso por pensión o jubilación, intereses, dividendos, rentas, regalías, ingreso de bienes raíces, fideicomisos y otras fuentes misceláneas.

    - Incluye las ganancias o pérdidas de capital.
    - Si una persona vive con una familia/pareja de hecho, incluye los ingresos de todos los familiares elegibles.
    - Excluye las contribuciones antes de impuestos, como aquellas utilizadas para cuidado de niños, transporte, seguro de salud patrocinado por el empleador, cuentas de gastos flexibles y planes de jubilación, como 401K y 403b.
    - Excluye indemnizaciones laborales.
    - Excluye el SSI (ingreso suplementario de seguridad).
    - Excluye ingresos de manutención de hijos menores.
    - Excluye beneficios en efectivo (como Reach Up, asistencia de emergencia/genera).
    - Excluye beneficios en especia (como beneficios de SNAP y subsidios de vivienda).
- **Tamaño de la unidad familiar**: Se consideran integrantes de una misma unidad familiar el paciente, cónyuge, hijos, pareja de hecho y cualquier persona que se considere dependiente de cualquiera de los cónyuges a los fines del impuesto a los ingresos federal. Se define como pareja de hecho a personas que no son familiares ni están casadas, que comparten un hogar y están en una relación íntima formal que no se define legalmente como matrimonio.
    - Excluye a personas casadas que viven en casas separadas mientras se divorcian, independientemente de la presentación de impuesto a los ingresos federal. Estas son dos unidades familiares por separado.
    - Ambos padres pueden declarar a los hijos que viven dentro de un acuerdo de custodia compartida como dependientes si el acuerdo de custodia indica que ambos padres brindan sustento económico por igual.
- **Verificación de ingresos**: **Puede incluir, sin limitación, lo siguiente**:
    - Una copia de la declaración impositiva más reciente es el determinante primario de la verificación de ingresos.
    - En lugar de la declaración de impuesto a los ingresos federal más reciente:
        - Copias de dos de los talones de pago más recientes o el último talón de pago de un año calendario.
        - Declaración de ingresos de la Oficina de Seguridad Social (800-772-1213).
        - Carta de beneficio de la Seguridad Social/SSI.
        - Distribución de pensión/jubilación.
        - Declaración de ganancias y pérdidas de trabajador autónomo.
        - Copia de beneficios de desempleo, si corresponde.
        - Ingresos por renta, si el inmueble no está incluido en el cálculo de activos.
        - Verificación de ingresos por escrito de un empleador (si se paga en efectivo).
        - Documentación de asistencia pública.
        - Contrato o confirmación por escrito de contrato de trabajador migrante.
        - Se aceptará documentación por escrito de Open Door Clinic sobre información financiera en lugar de la verificación de ingresos antes mencionada.
- **LEP/Traducción**: Manejo limitado del inglés (LEP) que requiere traducciones de las políticas, la solicitud, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud.
- **Servicios de atención médica médicamente necesarios**: servicios de atención médica, que incluye pruebas de diagnóstico, servicios preventivos y cuidados posteriores, que son adecuados para el diagnóstico o la afección del paciente en términos de tipo, cantidad, frecuencia, nivel, entorno y duración. La atención médicamente necesaria debe: (A) basarse en evidencia médica o científica generalmente aceptada y ser coherente con los parámetros de práctica generalmente aceptados como reconocidos por las profesiones de atención médica en las mismas especialidades que suelen proporcionar el tratamiento o procedimiento, o diagnosticar o tratar la afección médica; (B) basarse en las necesidades específicas de cada paciente y cada situación; y (C) cumplir uno o más de los siguientes criterios: (i) ayudar a restablecer o mantener la salud del paciente; (ii) evitar el deterioro o paliar la afección del paciente; o (iii) evitar la aparición razonablemente probable de un problema de salud o detectar un problema incipiente.
- **Ingreso bruto ajustado modificado**: El ingreso bruto ajustado modificado (MAGI) es el ingreso bruto ajustado (AGI) de una persona después de considerar ciertas deducciones y sanciones tributarias permisibles.
- **Resumen del paciente**: El resumen de cuenta mensual del paciente que se le envía por correo a su dirección declarada e indica el monto adeudado por el paciente por los servicios de atención prestados por UVMH.
- **Código de transacción/pago**: La transacción única que se utiliza para registrar el descuento del paciente sin seguro y los ajustes de la asistencia financiera.
- **Sin seguro**: El paciente no tienen ningún nivel de seguro ni asistencia de terceros que lo ayude a cumplir sus obligaciones de pago.
- **Seguro insuficiente**: El paciente tiene cierto nivel de seguro o asistencia de terceros, pero igualmente tiene gastos de bolsillo que superan su capacidad financiera.
- **Hospitales Asociados de Vermont de la UVMH**: Incluye Central Vermont Medical Center, Porter Medical Center y University of Vermont Medical Center.

- **Residencia en Vermont**: Una persona, independientemente de su ciudadanía e incluidos los inmigrantes indocumentados, que reside en Vermont, está empleada por un empleador de Vermont para prestarle servicios en Vermont o asiste a una institución educativa en Vermont, o una combinación de estas condiciones. El término incluye a las personas que viven en Vermont en el momento en que reciben los servicios, pero no tienen vivienda permanente estable.

POLÍTICAS RELACIONADAS:

PAS35	Limitación de cargos (AGB)
EXEC11	Solicitudes de prestar servicios de atención médica a pacientes extranjeros
RISK4	Reconocimiento médico y estabilización
UVMH_CUST1	Créditos y cobranzas

REFERENCIAS:
IRC § 501(r)(4):
IRC § 501(r)(5):
IRC § 501(r)(6):
26 C.F.R. §1.36B-2
26 C.F.R .§ 1.501(r)-5(b)(3)
18 V.S.A. § 9481(5)
H.287 (Act 119)
Título 18, Capítulo 221, Subcapítulo 10 de VT:
VT Admin. Code 12-3-213:4373
Sección 9481 Definiciones
Sección 9482 Políticas de asistencia financiera para instalaciones de atención médica de gran tamaño
Sección 9483 Implementación de la política de asistencia financiera
Sección 9484 Educación e información públicas
Sección 9485 Prohibición de vender deudas médicas
Sección 9486 Prohibición de renunciar a los derechos
Sección 9487 Aplicación

REVISORES:

Scott Comeau, gerente general de Finanzas PMC/ECH
Kimberly Patnaude, gerente general de Finanzas CVMC
Judy Peek-Lee, gerente general de Finanzas UVMMC
Craig Chase, Vicepresidente del Ciclo de Ingresos del Sistema UVMH
Melissa Laurie, Vicepresidenta de Controladora Corporativa del Sistema UVMH
Laura McNamara, Vicepresidenta y Oficial Principal de Cumplimiento/Privacidad del Sistema UVMH
Gina Slobodzian, directora de Atención al Cliente de UVMH
Nicholas Ferron, director de Cumplimiento Impositivo y Estrategia de la Red

ENCARGADO: Shannon Lonergan, vicepresidente adjunta de Acceso del Paciente

FUNCIONARIO QUE APRUEBA: Rick Vincent, vicepresidente ejecutivo de Finanzas y gerente general de Finanzas de UVMH