

IDENT	PAS35B
Tipo de documento	Política
Tipo de aplicabilidad	Red CVPH/AHMC/ECH
Cargo del responsable	Director de Acceso del Paciente
Cargo del funcionario que aprueba	Vicepresidente de Ciclo de Ingresos de la Red
Fecha de vigencia	10/20/2024
Fecha de siguiente revisión	10/31/2025



**TÍTULO:** Limitación de cargos (AGB) & HFAL

**PROPOSITO:** Establecer una política y un procedimiento para el monto que se cobra a los pacientes que reúnen los requisitos para la asistencia financiera.

**DECLARACIÓN DE LA POLÍTICA:** Según las regulaciones 501r del IRS, University of Vermont Health Network - Socios de NY limitará los cargos a pacientes que reúnen los requisitos conforme al Programa de asistencia financiera a los montos generalmente facturados (AGB) a los pacientes asegurados por la atención de emergencia o la atención médica necesaria de otro tipo. Según el estatuto Ley de Salud Pública (PHL) 2807-k de Nueva York, se aplicarán otras limitaciones al paciente que no tenga seguro.

**La política se aplica a los siguientes socios de 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

**PROCEDIMIENTO:**

1. University of Vermont Health Network - Socios de NY calculará el monto que se factura generalmente a los pacientes asegurados anualmente y limitará a este monto lo que se factura a los pacientes por servicios que reúnen los requisitos para la asistencia financiera. El AGB se calculará en octubre y se aplicará a todos los servicios prestados en el siguiente año fiscal.
2. UVMHN - Socios de NY usará el método retroactivo para calcular el AGB e incluirá pagadores gubernamentales y comerciales; específicamente, Medicare, Medicare ACO, Medicare Advantage y seguros pagadores comerciales/privados.
3. Conforme a las regulaciones del IRS, UVMHN - Socios de NY incluirá todas las reclamaciones aceptadas el año fiscal anterior, incluidos los cargos que son responsabilidad del paciente. Las reclamaciones que se revisan son aquellas pagadas dentro de ese período de 12 meses, no los servicios que se prestaron en ese plazo. Si una reclamación no está finalizada para el último día del período de 12 meses, no se incluirá en el cálculo de este año fiscal.
4. Cuando se calcula el monto generalmente facturado, incluimos el monto total aprobado por una compañía aseguradora más el monto que pagará el paciente. Esto incluiría copagos, coseguro y deducibles.
5. Para garantizar que incluyamos solo los cargos/servicios que tienen un ajuste aprobado, UVMHN - Socios de NY reducirá el total aprobado en los ajustes hechos por falta de autorización. Estos cargos no son aprobados por el pagador y se ajustan al nivel del cargo bruto.
6. El cálculo incluirá el monto total aprobado por el seguro pagador, menos los ajustes administrativos aplicados por falta de autorización; luego, este monto se divide por los cargos brutos facturados por esas reclamaciones.

7. El cálculo para el año fiscal 2024 (del 1.º de octubre de 2023 al 30 de septiembre de 2024) es el monto mínimo que se otorgará a quienes reúnan los requisitos para la asistencia financiera:

- a. Champlain Valley Physicians Hospital: 64 %
- b. Alice Hyde Medical Center: 44 %
- c. Elizabethtown Community Hospital: 51 %

8. De conformidad con la ley del estado de Nueva York, los pacientes con y sin seguro recibirán descuentos mínimos con base en el cálculo de la Ley de Asistencia Financiera Hospitalaria (HFAL) que se muestra a continuación. Si bien no lo requieren los estatutos, nuestra política aplicará la mejor tasa de combinada entre los tres hospitales socios, con ajuste para pacientes sin seguro y con seguro insuficiente de los tres hospitales de Nueva York de la UVMHN.

Nivel de ingresos	Pago
<b>Inferior al 200 % del FPL</b>	Exención de todos los cargos
<b>200 %-300 % del FPL</b>	Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 10 % del monto que hubiera pagado por el (los) servicio(s) Medicaid.  Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 10 % del monto que se hubiera pagado según los costos compartidos del seguro del paciente.
<b>301 %-400 % del FPL</b>	Pacientes sin seguro: Escala variable de hasta el 20 % del monto que hubiera pagado por el (los) servicio(s) Medicaid.  Pacientes con seguro insuficiente: Hasta un máximo del 20 % del monto que se hubiera pagado según los costos compartidos del seguro del paciente.

9. El cálculo de la tasa combinada para AHMC, CVPH y ECH para el año fiscal 2025 es el siguiente:

- a) Los pacientes con seguro elegibles recibirán las siguientes subvenciones según su FPL (no es necesaria la determinación para pacientes con seguro insuficiente dado que los descuentos superan los mínimos que exige la ley):
    - o <250 % del FPL es un descuento del 100 % de los montos adeudados después del seguro
    - o <300 % del FPL es un máximo del 10 % de los montos adeudados después del seguro
    - o <400 % del FPL es un máximo del 20 % de los montos adeudados después del seguro
  - b) Los pacientes sin seguro elegibles recibirán las siguientes subvenciones según su FPL:
    - o <250 % del FPL es un descuento del 100 %
    - o < 300 % del FPL es un descuento del 98 %
    - o < 400 % del FPL es un descuento del 96 %
10. En caso de descubrimiento tardío de elegibilidad y en cumplimiento de las reglas de protección legal, todos los hospitales reembolsarán los pagos de pacientes que superen el AGB por la atención que hubiera reunido los requisitos para la asistencia dentro de una ventana de 240 días desde la aprobación de la solicitud. Cabe mencionar que pueden aplicarse sobrepagos a otros saldos abiertos antes de procesar un reembolso al paciente.

## PLAN DE MONITOREO:

Auditorías anuales  
Revisión automática de registros médicos electrónicos (EHR)

## **DEFINICIONES:**

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

**Monto permitido:** El pago máximo que hará un plan por un servicio de atención médica cubierto.

**Cargos brutos:** El monto total cobrado por el servicio prestado antes de los ajustes o descuentos.

**Limitación de cargos:** Cada hospital exento de impuestos debe limitar el monto generalmente facturado por las emergencias y otra atención médica necesaria provista a pacientes elegibles para la asistencia financiera a los montos generalmente facturados a los pacientes asegurados, y no puede usar los cargos brutos.

**Método retroactivo:** Revisión retroactiva de todas las reclamaciones pagadas por aseguradoras el año fiscal anterior.

## **POLÍTICAS RELACIONADAS:**

PAS1B Programa de asistencia financiera

## **REFERENCIAS:**

IRC § 501®(4):

IRC § 501®(5):

IRC § 501®(6):

NYS PHL§2807k

## **REVISORES:**

Katherine A Peterson, vicepresidente adjunta de Ciclo de Ingresos, AHMC/CVPH

Susan Vogelzang, directora de Contabilidad del Paciente, AHMC

Christine Cook, directora de Servicios Financieros para Pacientes, ECH/ PMC

Kirsten Pope, directora de Auditoría Interna y Cumplimiento, CVPH

Shannon Lonergan, vicepresidente adjunta de Acceso del Paciente, CVMC/ECH/PMC/UVMMC

**ENCARGADO:** Melissa LaMountain, directora regional de Acceso del Paciente

**FUNCIONARIO QUE APRUEBA:** Vicepresidente de Ciclo de Ingresos de la Red