

IDENT	PAS35
Tipo de documento	Política
Tipo de aplicabilidad	Red CVMC/PMC/UVMMC
Cargo del responsable	Director de Acceso del Paciente
Cargo del funcionario que aprueba	Vicepresidente de Ciclo de Ingresos de la Red



TÍTULO: Limitación de cargos (AGB)

PROPÓSITO: 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 VT 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 H.287 del estado de Vermont, se aplicarán otras limitaciones al paciente que no tenga seguro.

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. University of Vermont Health Network - Socios de VT 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 VT usará el método retroactivo para calcular el AGB e incluirá pagadores gubernamentales y comerciales; específicamente, Medicare, Medicare ACO, Medicare Advantage, Medicaid y seguros pagadores comerciales/privados.
3. Conforme a las regulaciones del IRS, UVMHN - Socios de VT 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 VT 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.

Impreso el: 10/25/2025 7:09 下午 Por: Lonergan, Shannon M.

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

7. Cálculo para el año fiscal 2025:

- a. Central Vermont Medical Center: 57 %
- b. Porter Medical Center: 53 %
- c. University of Vermont Medical Center: 57 %

8. Conforme a la ley del estado de Vermont, los pacientes sin seguro recibirán un descuento adicional del 40 % después de que se aplique el AGB. UVMHN - Socios de VT calculó una taza combinada para este ajuste. Si bien no lo requieren los estatutos, nuestra política aplicará la mejor tasa de ajuste combinada tanto a pacientes sin seguro como a pacientes con seguro insuficiente en todos los hospitales de Vermont.

9. Cálculo de la tasa combinada para el año fiscal 2025

- a. Central Vermont Medical Center: 75 %
- b. Porter Medical Center: 75 %
- c. University of Vermont Medical Center: 75 %

10. En caso de descubrimiento tardío de elegibilidad y en cumplimiento de las reglas de protección legal, UVMMC reembolsará 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 la atención de emergencia 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:

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

Título 18, Capítulo 221, Subcapítulo 10 de VT:

Sección 9481 Definiciones

Impreso el: 10/25/2025 7:09 下午 Por: Lonergan, Shannon M.

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

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:

Amy Vaughan, vicepresidente de Finanzas de Ingresos y Reembolsos de la Red
Craig Bennett, gerente general de Cumplimiento y Privacidad de la Red
Melissa Laurie, vicepresidente/controladora corporativa de la Red
Gina Slobodzian, directora de Atención al Cliente de la Red
Chris Cook, directora de Servicios Financieros para Pacientes, PMC
Amy Gibbs, director de Finanzas y Contabilidad de CVMC

ENCARGADO: Shannon Lonergan, vicepresidente adjunta de Acceso del Paciente

FUNCIONARIO QUE APRUEBA: Michael Barewicz, Vicepresidente de Ciclo de Ingresos de la Red