

IDENT	PAS35
Tipo de documento	Política
Tipo de aplicabilidade	Rede CVMC/PMC/UVMHC
Título de proprietário	Acesso ao paciente direto
Título do responsável pela aprovação	Vice-Presidente de Ciclo de Receitas da Rede



**TÍTULO:** Limitação sobre cobranças (AGB)

**FINALIDADE:** Estabelecer uma política e procedimentos para o valor cobrado de pacientes elegíveis para assistência financeira.

**DECLARAÇÃO DE POLÍTICA:** De acordo com as normas 501r da IRS, os Parceiros de VT da University of Vermont Health Network limitarão as cobranças a pacientes qualificados de acordo com nosso Programa de Assistência Financeira aos Valores Normalmente Cobrados (Amounts Generally Billed, AGB) de pacientes sem seguro para emergências ou outros cuidados medicamente necessários. De acordo com o Estado de Vermont, estatuto H.287, limitações adicionais deverão ser aplicadas ao paciente sem seguro

**A política se aplica aos seguintes Parceiros da 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

#### PROCEDIMENTOS:

1. Os Parceiros de VT da University of Vermont Health Network deverão calcular o valor normalmente cobrado de pacientes sem seguro anualmente e limitar ao mesmo montante os valores cobrados de pacientes para serviços qualificados para assistência financeira. O AGB será calculado em outubro e se aplicará a todos os serviços entregues no novo ano fiscal.
2. Os Parceiros da UVMHN em VT usarão o método retroativo para calcular o AGB e incluirão pagadores comerciais e governamentais; especificamente, Medicare, Medicare ACO, Medicare Advantage, Medicaid e pagadores de seguro privados/comerciais.
3. Em conformidade com as normas da IRS, os Parceiros de VT da UVMHN incluirão todas as reivindicações permitidas para o ano fiscal anterior, incluindo cobranças de responsabilidade do paciente. As reivindicações analisadas são aquelas que foram pagas dentro daquele período de 12 meses, não serviços que foram prestados naquele período. Se uma reivindicação não tiver sido finalizada até o último dia do período de 12 meses, ela não será incluída no cálculo deste ano fiscal.
4. Ao calcular o valor normalmente cobrado, incluiremos o valor total permitido por uma empresa seguradora mais o valor que o paciente pagará. Isso incluiria coparticipações, cosseguros e franquias.
5. Para garantir que incluamos apenas serviços/cobranças com um ajuste permitido, os Parceiros de VT da UVMHN reduzirão o total permitido pelos ajustes feitos por falta de autorização. Essas cobranças não são permitidas pelo pagador e são ajustadas em nível de cobrança bruta.
6. O cálculo incluirá o valor total permitido pelo pagador de seguro, menos a falta de ajustes administrativos aplicada; esse valor é então dividido pelas cobranças brutas faturadas para aquelas reivindicações.

Impresso em: 11/1/2025 2:32 Por: Lonergan, Shannon M.

ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE: Somente a política online é considerada oficial. Compare esta versão com o documento online em relação à acurácia.

7. Cálculo para o ano fiscal 2025:

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

8. De acordo com a Lei do Estado de Vermont, pacientes sem seguro receberão um adicional de 40% de desconto após a aplicação do AGB. Os Parceiros da UVMHN em VT calcularam uma taxa combinada para este ajuste. Embora não seja exigido por lei, nossa política aplicará o melhor ajuste de taxa combinada tanto para pacientes sem seguro quanto para com seguro insuficiente nos hospitais de Vermont.

9. Cálculo da taxa combinada para o ano fiscal 2025

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

10. Para descoberta tardia de elegibilidade e em conformidade com as regras de proteção legal, a UVMHC deverá reembolsar quaisquer pagamentos feitos pelo paciente que excedam o AGB para cuidados que teriam se qualificado para assistência, dentro de um período de 240 dias a partir da aprovação da solicitação. Observe que os pagamentos em excesso poderão ser aplicados a outros saldos em aberto antes do processamento de um reembolso para o paciente.

## PLANO DE MONITORAMENTO:

Auditorias anuais  
Análise de automação de EHR

## DEFINIÇÕES:

**Ajuste Administrativo:** Um ajuste ou baixa de cobranças sobre uma conta, como falta de autorização etc.

**Valor permitido:** O pagamento máximo que um plano pagará por um serviço de saúde coberto

**Cobranças brutas:** O valor total cobrado pelo serviço prestado antes dos ajustes ou descontos

**Limitação sobre cobranças:** Cada hospital isento de impostos deve limitar o valor normalmente cobrado por emergências ou outros cuidados médicos necessários prestados a pacientes elegíveis para assistência financeira aos valores normalmente cobrados de pacientes segurados e não pode utilizar os encargos brutos.

**Método retroativo:** Análise retrospectiva de todas as reivindicações pagas pelos seguradores no ano fiscal anterior.

## POLÍTICAS RELACIONADAS:

PAS1 Programa de Assistência Financeira

## REFERÊNCIAS:

IRC § 501(c)(4):  
IRC § 501(c)(5):  
IRC § 501(c)(6):  
H.287 (Act 119)  
26 C.F.R. § 1.36B-2

Impresso em: 11/1/2025 2:32 Por: Lonergan, Shannon M.

ISENÇÃO DE RESPONSABILIDADE: Somente a política online é considerada oficial. Compare esta versão com o documento online em relação à acurácia.

VT Título 18, Capítulo 221, Subcapítulo 10:

§ 9481 Definições

§ 9482 Políticas de assistência financeira para unidades de atendimento de saúde de grande porte

§ 9483 Implementação da política de assistência financeira

§ 9484 Informações e educação pública

§ 9485 Proibição de venda de débitos médicos

§ 9486 Proibição de renúncia de direitos

§ 9487 Execução

**REVISORES:**

Amy Vaughan, Vice-Presidente de Finanças de Receita e Reembolso da Rede

Craig Bennett, Diretor de Conformidade e Privacidade da Rede

Melissa Laurie, Vice-Presidente/Controladora Corporativa da Rede

Gina Slobodzian, Diretora de Atendimento ao Cliente da Rede

Chris Cook, Diretora de Serviços Financeiros ao Paciente – PMC

Amy Gibbs, Diretora de Finanças e Contabilidade – CVMC

**PROPRIETÁRIO:** Shannon Lonergan, Vice-Presidente Assistente de Acesso ao Paciente

**RESPONSÁVEL PELA APROVAÇÃO:** Michael Barewicz, Vice-Presidente de Ciclo de Receitas da Rede