

IDENT	PAS1
Tipo de documento	Política
Tipo de aplicabilidad	UVMHN CVMC/PMC/UVMC
Cargo del propietario	Director de Acceso de Pacientes
Cargo del funcionario de aprobación	Vicepresidente ejecutivo de Finanzas y CFO
Fecha de entrada en vigor	7/1/2024
Fecha de la próxima revisión	7/1/2027



TÍTULO: Programa de asistencia financiera

OBJETIVO:

Establecer una política y un procedimiento para la administración del Programa de asistencia financiera de The University of Vermont Health Network.

DECLARACIÓN DE POLÍTICA:

The University of Vermont Health Network es una organización centrada en el paciente y comprometida a tratar a todos los pacientes de manera equitativa, con dignidad y respeto, independientemente de sus beneficios de seguro médico o sus recursos financieros. Además, The University of Vermont Health Network se compromete a dar asistencia financiera a personas que tengan necesidades de atención médica esenciales y no están aseguradas, están infraseguradas, no son elegibles para un programa del gobierno o no pueden pagar la atención médicamente necesaria según su situación financiera individual. De acuerdo con su misión de entregar servicios de atención médica compasivos, de alta calidad y asequibles, y de cumplir su obligación como organización sin fines de lucro, The University of Vermont Health Network 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 sustituto de la responsabilidad personal. Se espera que los pacientes cooperen con los procedimientos de los socios de UVMHN en Vermont para obtener otras formas de pago o asistencia financiera, y que contribuyan al costo de su atención según su capacidad individual de pago. Se alentará a las personas con capacidad financiera para contratar un seguro médico a que lo hagan, como una forma de asegurar el acceso a los servicios de atención médica, para su salud personal en general y para la protección de sus bienes individuales.

Para administrar sus recursos de manera responsable y permitir que UVMHN entregue el nivel de asistencia adecuado al mayor número de personas que lo necesiten, se han establecido las siguientes políticas y procedimientos para dar asistencia financiera a los pacientes.

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 Avenue
Burlington, VT 05401

PROCEDIMIENTOS:

Asistencia financiera

Elegibilidad para servicios de atención médica:

Los siguientes servicios son elegibles para asistencia financiera:

- Servicios médicos de emergencia prestados en una sala de emergencias;
- Servicios de emergencia prestados como respuesta a circunstancias de peligro de muerte en un entorno que no es una sala de emergencia;
- Servicios urgentes para una condición que, si no se trata rápidamente, causaría un cambio adverso en el estado de salud de una persona; y
- Servicios electivos médicamente necesarios para pacientes que cumplen las directrices establecidas del programa.

Servicios no elegibles para asistencia financiera:

- Servicios cosméticos/estéticos
- Servicios de infertilidad/fertilidad, por ejemplo, FIV, vasectomías/reversiones, ligaduras de trompas/reversiones
- Atención que no es médicamente necesaria, incluyendo la atención de custodia cuando no hay necesidad de hospitalización aguda
- Servicios cubiertos por una póliza global, por ejemplo, descuento ya aplicado
- Servicios de investigación/experimentales
- Atención a pacientes internacionales/extranjeros, a menos que el servicio se preste en una sala de emergencias; un paciente extranjero es un paciente que visita Vermont pero no reside ni trabaja en Vermont
- Servicios prestados en Appletree Bay
- Servicios reembolsados directamente al paciente por una compañía de seguros o un tercero

Cobertura de proveedores: Todos los proveedores médicos empleados por UVMHN que prestan atención en los consultorios médicos y socios de UVMHN están cubiertos por esta política. Puede encontrar una lista actualizada de los proveedores cubiertos en el sitio web público de UVMHN (consulte la lista de contactos abajo). Para solicitar una copia de la lista, gratis, comuníquese con nuestro Departamento de Servicio al Cliente (Customer Service Department) al 802-847-8000 o al 800-639-2719.

Cobertura hospitalaria: Todos los servicios elegibles prestados o solicitados a socios de UVMHN independientemente de que los médicos sean empleados o no empleados. Tenga en cuenta: Esto se refiere solamente a la facturación del hospital; consulte la cobertura de los proveedores para determinar si la factura del médico estará cubierta o no.

Elegibilidad financiera: Se considerará la elegibilidad para recibir asistencia financiera de las personas que no tienen seguro, están infraseguradas, no son elegibles para ningún programa de beneficios de atención médica del gobierno y no pueden pagar su atención, según una determinación de necesidad financiera de acuerdo con esta política. La concesión de asistencia se basará en una determinación individualizada de la necesidad financiera y no considerará la edad, el sexo, la raza, el estatus social o de inmigrante, la orientación sexual, la identidad o expresión de género, ni la afiliación religiosa.

La elegibilidad para recibir asistencia financiera se basa en una prueba de ingresos y activos.

- Prueba de ingresos: Este programa está limitado a pacientes que demuestran necesidad financiera según sus ingresos o cuyas facturas médicas son de naturaleza catastrófica. Las Directrices federales de pobreza publicadas más recientemente se usarán como determinante principal. Un paciente cuyo ingreso familiar bruto ajustado modificado sea igual o inferior al 400 % de las Federal Poverty Level Guidelines (Directrices del nivel federal de pobreza, FPLG), ajustado según el tamaño del grupo familiar, puede pasar la prueba de ingresos y es considerado para recibir asistencia financiera si también pasa la prueba de bienes.
 - Los dependientes, de 18 años o más, podrán incluirse en el tamaño del grupo familiar cuando más del 50 % del apoyo sea proporcionado por el garante. Para calificar para esta extensión del grupo familiar, el dependiente debe aparecer como dependiente en la declaración de impuestos federales sobre la renta.
 - Los trabajadores migrantes cuyos familiares directos (cónyuge e hijos biológicos) residan fuera del país se incluirán en el tamaño del grupo familiar.
- Prueba de activos: A cada persona/grupo familiar se le permite tener activos líquidos equivalentes a niveles de ingresos del 400 % del FPL, ajustados al tamaño del grupo familiar. Si los activos están por debajo de esta directriz, el paciente pasa la prueba de activos.
 - Dependiendo del valor, las propiedades de alquiler se pueden excluir del cálculo, siempre que los ingresos por alquiler se incluyan en el cálculo de ingresos mensuales del grupo familiar.

Exclusiones:

- La residencia principal, los activos mantenidos en una cuenta de ahorro para la jubilación o un plan de pensiones comparable con impuestos diferidos y las cuentas de ahorro para la universidad que mantenga el paciente para el paciente se excluyen de la revisión de activos.
- Los estipendios de matrícula o subvenciones para la educación no se consideran un activo líquido y no se incluirán en la prueba de activos.

Criterios de residencia: Los pacientes deben residir dentro del área de servicio de UVMHN a menos que los servicios médicos sean de naturaleza urgente o de emergencia. Los servicios programados para pacientes que residen fuera del área de servicio de UVMHN no son elegibles para la asistencia financiera. La asistencia financiera para residentes fuera del área de servicio de UVMHN se dará solamente en circunstancias únicas y con la aprobación debida. Se ha desarrollado una política separada que define los requisitos, el proceso y la aprobación requerida para los médicos de UVMHN que quieran dar atención caritativa en UVMHN a residentes internacionales (Solicitud de Prestación de servicios de atención médica a extranjeros).

Los residentes de Vermont son quienes viven en Vermont, son empleados de un empleador de Vermont y prestan servicios en Vermont o asisten a la escuela en Vermont, o cualquier combinación de esto. El término incluye a una persona que vive en Vermont en el momento en que se reciben los servicios pero que no tiene una vivienda permanente estable.

Los residentes de New York deben vivir en nuestra área de servicio más de 6 meses al año para cumplir el requisito de residencia.

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

La prueba de residencia se puede establecer con uno de los siguientes documentos:

- Licencia de conducir del área de servicio, facturas de vivienda con dirección del área de servicio, contrato de arrendamiento de una propiedad del área de servicio o factura de servicios públicos del área de servicio, copia del contrato de trabajador migrante o carta de contrato de empleo del empleador.
- Talones de pago de empleo de Vermont, comprobante de inscripción escolar o documentación escrita de Open Door Clinic.

Pagos de seguro médico y responsabilidad civil: Los servicios prestados en UVMHN se facturarán a la cobertura primaria del paciente, a un seguro médico privado, a un plan de salud ocupacional del empleador, a la compensación de trabajadores o quedarán pendientes del pago del seguro médico/de responsabilidad de terceros. En los casos en los que haya un posible pago de responsabilidad civil de auto/lesiones pendiente en una fecha futura, UVMHN presentará un gravamen para proteger sus intereses financieros, excluyendo a los beneficiarios de Medicare/Medicaid. Después de presentar el gravamen, se puede dar asistencia financiera, si el paciente califica. Si hay un momento futuro en el que se distribuyan los pagos de responsabilidad, el gravamen de UVMHN permitirá que UVMHN recupere parte o toda la asistencia financiera entregada inicialmente al paciente.

Criterio del Programa de atención médica pública/mercado de seguros médicos: Los pacientes que solicitan ayuda del programa de asistencia financiera de UVMHN se evalúan para determinar si son elegibles para programas de atención médica estatales o federales. Si se identifica que un paciente tiene potencial para recibir esta asistencia, recibirá instrucciones para solicitarla. Para los pacientes identificados como candidatos para una posible elegibilidad en Medicare, Medicaid o beneficios del Programa del mercado de seguros médicos de Vermont o New York, una solicitud y el cumplimiento de las directrices de ese programa son un requisito previo para el programa de asistencia financiera de UVMHN.

Exclusiones:

- Un paciente cuyo sistema de creencias religiosas o culturales le prohíbe solicitar o recibir asistencia financiera de una entidad del gobierno puede ser excluido del criterio del programa de atención médica pública. Sin embargo, el paciente deberá asumir una parte de la responsabilidad financiera que será evaluada por el Comité de apelaciones del Programa de asistencia financiera.
- La negativa de un inmigrante indocumentado a solicitar programas públicos no será motivo para negarle asistencia financiera.
- La negativa de un paciente a contratar un seguro médico privado no será motivo para negarle asistencia financiera.

Determinación de necesidad financiera: La necesidad financiera se determinará de acuerdo con procedimientos que implican una evaluación individual que incluirá lo siguiente. Tenga en cuenta que, en el caso de presunta caridad, el proceso de solicitud puede quedar excluido.

- Incluir un proceso de solicitud, en el que el paciente o el garante del paciente deben cooperar y proporcionar información y documentación personal, financiera y de otro tipo relevante para tomar una determinación de la necesidad financiera;

- Incluir el uso de fuentes de datos externas disponibles públicamente que entreguen información sobre la capacidad de pago de un paciente o de su garante. UVMHN se reserva el derecho de obtener un informe crediticio, cuando se da la aprobación del paciente, para verificar la estabilidad financiera antes de autorizar la asistencia financiera;
- Incluir esfuerzos razonables por parte de UVMHN para explorar fuentes alternativas apropiadas de pago y cobertura de programas de pago públicos y privados, y para ayudar al paciente a solicitar esos programas;
- Considerar los activos líquidos disponibles del paciente y todos los demás recursos financieros disponibles para el paciente; e
- Incluir una revisión de las cuentas por cobrar pendientes de UVMHN del paciente por servicios prestados anteriormente y el historial de pagos del paciente.

Se prefiere, pero no es obligatorio, que se haga una solicitud de asistencia financiera y una determinación de la necesidad financiera antes de la prestación de los servicios. El paciente debe tener un saldo de paciente actual adeudado a UVMHN, una expectativa de que una cuenta actualmente pendiente con el seguro dejará un saldo adeudado a UVMHN, o un servicio futuro programado/referido en UVMHN que se espera que deje un saldo pendiente del paciente.

Las solicitudes de asistencia se procesarán rápidamente y UVMHN avisará de la decisión por escrito al paciente/solicitante dentro de los 30 días posteriores a la recepción de una solicitud completa.

Es muy importante que los solicitantes cooperen con la necesidad de la UVMHN de obtener información precisa y detallada dentro de un plazo razonable. Las solicitudes con información ilegible o incompleta pueden considerarse denegadas o devueltas hasta el momento en que se pueda obtener toda la información crucial. Las solicitudes deben contener la firma del solicitante o la firma de un representante que actúe en nombre del solicitante (es decir, un apoderado).

Elegibilidad presunta para asistencia financiera: Hay casos en los que un paciente puede parecer elegible para recibir asistencia; sin embargo, no hay ninguna solicitud de asistencia financiera archivada debido a la falta de documentación de respaldo. A menudo existe información adecuada que entrega el paciente que se obtiene de otras fuentes que podría dar evidencia suficiente para entregarle asistencia financiera al paciente.

La elegibilidad presunta se puede determinar en función de circunstancias de vida individuales que pueden incluir:

- Elegibilidad para otros programas de asistencia estatales o locales que no están financiados (por ejemplo, Medicaid)
- Elegibilidad para el Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa de asistencia nutricional suplementaria, SNAP)
- Participación en Women, Infants and Children programs (programas para Mujeres, bebés y niños, WIC)
- El paciente está encarcelado/recluso con saldos no cubiertos por el seguro
- El paciente no tiene hogar

La elegibilidad presunta se ajustará a un código de transacción/pago específico para garantizar que estos dólares se excluyan del Informe de costos de Medicare.

Período de elegibilidad para asistencia financiera: La necesidad de asistencia financiera se reevaluará cada vez que se requiera servicio si la última evaluación financiera se completó hace más de seis meses, o en cualquier momento que se obtenga información adicional relevante para la elegibilidad del paciente para recibir asistencia. Los pacientes que tengan más de 64 años e ingresos fijos por debajo del 400 % del FPLG se reevaluarán anualmente. Los empleados de UVMHN cuyos ingresos sean inferiores al 400 % del FPLG se reevaluarán anualmente. Es responsabilidad del paciente informar a UVMHN sobre los cambios financieros dentro de su período de adjudicación.

Directrices de asistencia financiera: De acuerdo con la necesidad financiera, los servicios elegibles según esta política recibirán asistencia financiera de acuerdo con las directrices federales de pobreza. La cantidad de asistencia entregada a un paciente variará según su nivel de ingresos, y la subvención concedida garantizará que el paciente no sea responsable de una cantidad mayor que la facturada generalmente a un paciente asegurado.

Amount Generally Billed (Cantidad generalmente facturada, AGB): Según lo define el IRS, a los pacientes elegibles no se les puede cobrar más por la atención de emergencia u otra atención médicamente necesaria que las cantidades generalmente facturadas a las personas que tienen cobertura de seguro. El average generally billed (promedio generalmente facturado, AGB) a los pacientes se calcula usando el “método retrospectivo”. Consulte la política Limitation on Charges (Limitación de cargos, AGB) asociada para conocer la metodología de cálculo y la tasa de descuento anual.

Asignación de asistencia:

- Los pacientes calificados recibirán atención gratis, con un descuento del 100 %, cuando su FPLG sea menor o igual al 250 % del FPL.
- Los pacientes calificados recibirán un descuento mínimo del AGB más un descuento adicional del 40 % para saldos de pago por cuenta propia después del pago del seguro.
- Los pacientes calificados sin seguro recibirán un descuento mínimo del AGB más un descuento adicional del 40 % en los saldos de pago por cuenta propia.

Procesamiento de una solicitud aprobada: Cuando se aprueba la solicitud, la subvención del paciente se aplica a todos los saldos actuales (es decir, hospital y médico, cargos brutos para las personas no aseguradas y saldo después del seguro para las personas aseguradas) y se extiende por un período de cobertura de seis meses o 12 meses, según lo indicado arriba cuando los ingresos son fijos dentro del año calendario. Cuando el período de la subvención se haya cerrado, los pacientes deberán volver a solicitar asistencia financiera y, según su situación financiera, es posible que se ajuste su categoría de subvención. El período de cobertura se define como la fecha de aprobación hasta el último día del mes en que expira la subvención.

Reembolsos: UVMHN limitará todos los cargos de asistencia financiera para personas calificadas a las cantidades generalmente facturadas a los pacientes asegurados. El hospital reembolsará cualquier cantidad pagada que exceda la cantidad que el paciente es personalmente responsable de pagar según la política de asistencia financiera dentro del período de solicitud o 240 días antes de la recepción de una solicitud completa. Los pagos hechos fuera del período de solicitud no serán elegibles para reembolso.

Indigencia médica catastrófica: UVMHN ha determinado que la asistencia catastrófica se revisará para determinar el nivel adecuado de asistencia financiera. En la mayoría de los casos, un paciente médicamente indigente es un paciente cuyo saldo de una factura hospitalaria excede el 20 % del ingreso bruto anual de su grupo familiar. El gasto máximo de bolsillo del paciente será el 20 % del ingreso anual del grupo familiar o \$10,000, lo que sea menor.

Apelaciones/revisiones de casos individuales: UVMHN reconoce que puede haber circunstancias atenuantes en que los ingresos de una persona pueden exceder las directrices de elegibilidad del programa. Se convocará un comité de apelaciones según sea necesario para revisar los casos inusuales o catastróficos que no cumplan las directrices establecidas del programa pero que presenten dificultades inusuales.

Otros casos que involucren servicios que requieran revisión por necesidad médica se presentarán al director médico o su designado para una decisión sobre la necesidad médica de los servicios prestados. Si los servicios se consideran médicamente necesarios y se cumplen las directrices de elegibilidad para asistencia financiera, se concederá asistencia.

Los pacientes cuyas solicitudes de asistencia financiera sean denegadas pueden apelar la decisión. Las solicitudes de apelación deben enviarse al especialista del programa de asistencia financiera, por escrito, dentro de los 60 días posteriores a la recepción de la denegación y deben indicar claramente el motivo de la apelación. El paciente recibirá la notificación de la decisión final.

Período de notificación: UVMHN hará esfuerzos razonables para avisar a los pacientes del programa de asistencia financiera. Este período comienza en la fecha en que se presenta un estado de cuenta del saldo de la atención del paciente y termina 120 días después. Como se define en esta política, hay varios métodos de notificación desde antes de la atención, durante la atención y durante todo el ciclo de facturación de 120 días.

Período de solicitud: UVMHN procesará las solicitudes que presenten las personas durante el período de solicitud, que comienza en la fecha en que se presenta el estado de cuenta del saldo de la atención del paciente y termina 240 días después. Si al final del período de notificación de 120 días una cuenta ha sido remitida a una agencia de cobranza y se recibe y concede una solicitud dentro del período de solicitud de 240 días, las cuentas se retirarán de la agencia y se procesarán de acuerdo con el programa de asistencia financiera.

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

- UVMHN no iniciará extraordinary collection actions (acciones de cobranza extraordinarias, ECA)
- Las solicitudes incompletas se procesarán con notificación a los pacientes incluyendo instrucciones sobre cómo completarlas adecuadamente o qué documentación adicional se requiere, junto con un plazo de 30 días para responder a la solicitud de UVMHN.
- UVMHN procesará las solicitudes completadas dentro de los 30 días posteriores a su recepción.

Socios de University of Vermont Health Network: Los pacientes pueden presentar una sola solicitud de asistencia en cualquier socio de UVMHN Vermont mencionado en esta política. Debido a las variaciones en la ley estatal, se deben generar solicitudes separadas para los socios de UVMHN New York. Cada socio dará asistencia al nivel de subvención adecuado de FPLG establecido para la institución individual, según el cálculo único de AGB establecido para la organización. La organización que procesa la solicitud conservará la documentación de respaldo; sin embargo, se pondrá a disposición de la organización asociada según sea necesario para facilitar las funciones de auditoría.

Comunicación del Programa de asistencia financiera a los pacientes y al público: La notificación sobre la asistencia financiera está disponible en UVMHN, la cual incluirá un número de contacto y será difundida por UVMHN por diversos medios, que pueden incluir, entre otros:

- Incluir una referencia al programa de asistencia financiera en el estado de cuenta de cada paciente.
- Publicar avisos en salas de emergencia, departamentos de admisión y registro y oficinas de servicios financieros para pacientes ubicadas en los campus de las instalaciones; se pueden encontrar anuncios llamativos en los departamentos de registro principal y de emergencia.
- Entregar una copia del resumen de la política en lenguaje sencillo en el punto de registro en los campus de las instalaciones y poner el resumen a disposición de los pacientes en nuestras clínicas satélite. Entregar copias de la política y la solicitud a quienes las soliciten.
- Los pacientes hospitalizados, en observación y en estancia corta recibirán una copia de la guía para pacientes hospitalizados, que incluye información sobre el programa de asistencia financiera.
- La información estará disponible en el sitio web de UVMHN, incluyendo la política, un resumen en lenguaje sencillo, la solicitud, preguntas frecuentes, directrices de FPLG e información de contacto para asistencia de seguimiento.
- Cualquier miembro del personal de UVMHN o del personal médico, incluyendo médicos, enfermeros, consejeros financieros, trabajadores sociales, administradores de casos, capellanes y patrocinadores religiosos, puede remitir pacientes al programa de asistencia financiera. El paciente o un familiar, amigo cercano o socio del paciente pueden presentar una solicitud de asistencia financiera, sujeto a las leyes de privacidad aplicables.
- Se proporcionarán traducciones para personas con dominio limitado del inglés para poblaciones con más de 1,000 personas o el 5 % de la comunidad del área de servicio. Además, las traducciones para los socios de UVMHN Vermont incluirán los 13 idiomas principales identificados en el Informe de la Oficina de Equidad Racial de Vermont Sobre Acceso Lingüístico de 2023. Puede encontrar traducciones escritas en nuestro sitio web público o solicitarlas en cualquier lugar de registro. Para acceder a traducciones verbales, puede comunicarse con el Departamento de servicio al cliente o reunirse con un defensor financiero en el campus de nuestro hospital principal. La información de contacto se indica abajo.
- Los pacientes que requieran una copia traducida o asistencia para completar la solicitud recibirán ayuda de defensores financieros o representantes de servicio al cliente, quienes obtendrán los servicios de un intérprete adecuado.
- Hay información, tarjetas informativas y folletos disponibles en la oficina de Mejora de la salud comunitaria, donde el personal interactúa habitualmente con centros comunitarios y defensores que difunden información y programas disponibles para el público.
- Las políticas, solicitudes, listas de proveedores y copias del resumen en lenguaje sencillo están disponibles gratis en línea o en persona en las ubicaciones de contacto indicadas abajo.

Cómo solicitar asistencia financiera: Los pacientes que necesiten asistencia financiera deben completar y enviar un formulario de solicitud, incluyendo toda la documentación requerida. Consulte la información de contacto abajo.

Resumen de la información de contacto del programa: Las políticas, solicitudes, listas de proveedores, resúmenes en lenguaje sencillo y asistencia en persona se ofrecen gratis y se pueden obtener mediante:

- The University of Vermont Medical Center
 - Sitio web: <http://uvmhealth.org/medcenter>
 - Servicio al cliente: (802) 847-8000 o (800) 639-2719
 - Defensa financiera: (802) 847-1122 o para asistencia en persona, UVMHC, 111 Colchester Avenue, Burlington, VT 05401
 - Dirección de correo:
UVMHC Patient Access Department
40 IDX Drive, Bldg. 200-22052
111 Colchester Avenue, Burlington, VT 05401

BORRADOR con modificaciones de la Ley 119

- Programa de asistencia médica: (802) 847-6984 o línea gratis (888) 739-5183
- Fax: (802) 847-9332
- Escritorios de registro en todas las ubicaciones
- 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>
 - Servicio al cliente: (802) 847-8000 o (800) 639-2719
 - Los pacientes pueden llamar al (802) 388-8808 opción 5, de lunes a viernes de 7:30 a. m. a 4:00 p. m.
 - Defensa financiera en 23 Pond Lane, Middlebury VT 05753
 - Dirección de correo:
PMC Patient Financial Services
115 Porter Drive
Middlebury VT, 05753
 - Escritorios de registro en todas las ubicaciones
 - Cobertura de la lista de proveedores: <http://www.portermedical.org>
- Central Vermont Medical Center:
 - Servicio al cliente: (802) 847-8000 o (800) 639-2719 o (802) 371-4600 opción 1, opción 1
 - Defensa financiera: 3 Home Farm Way, Montpelier, VT 05602
 - Dirección de correo:
PO Box 547
Barre, VT 05641
Patient Financial Assistance Program
 - Sitio web: <https://www.cvmc.org/patients-visitors/patient-financial-services/financial-assistance>
 - Escritorios de registro en todas las ubicaciones
 - Cobertura de la lista de proveedores: <https://www.cvmc.org/patients-visitors/patient-financial-services/financial-assistance>

Relación con las Políticas de cobranza: La administración de UVMHN deberá desarrollar políticas y procedimientos para las prácticas de cobranza internas y externas que tengan en cuenta el grado en que el paciente califica para recibir asistencia financiera, el esfuerzo de buena fe del paciente para solicitar la ayuda de un programa gubernamental o asistencia financiera de UVMHN, y el esfuerzo de buena fe del paciente para cumplir sus acuerdos de pago con UVMHN. Para los pacientes que califican para recibir asistencia financiera y que cooperan de buena fe para resolver sus facturas hospitalarias, UVMHN puede ofrecer planes de pago extendidos a pacientes elegibles.

Tenga en cuenta: UVMHN no iniciará acciones de cobranza extraordinarias (ECA). ECA se define como vender la deuda de una persona a un tercero, reportar información adversa sobre la persona a agencias de informes crediticios del consumidor o agencias de crédito, aplazar, negar o exigir el pago antes de entregar atención médicamente necesaria debido a que la persona no ha pagado una o más facturas de atención entregada anteriormente bajo la FAP, o acciones que requieren un proceso legal o judicial. Puede obtener una copia de la política de Crédito y cobranza de UVMHN comunicándose con el Departamento de servicio al cliente al (802) 847-8000 o (800) 639-2719. También puede obtener una copia en cualquier lugar de registro de UVMHN.

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 conservarán por siete años desde la fecha de aprobación o denegación para permitir su recuperación, revisión y auditorías posteriores.

Niveles de autoridad de ajuste de asistencia financiera: Se seguirán estos niveles de aprobación antes de que se puedan ajustar los cargos de la cuenta de un paciente individual en el Programa de asistencia financiera para pacientes:

\$1 - \$20,000	Especialista del programa de asistencia financiera
\$20,001 - \$50,000	Gerente
\$50,001 - \$150,000	Director
>\$150,001	CFO
Apelaciones del comité	CFO

Requisitos reglamentarios: En la implementación de esta política, la administración y las instalaciones de UVMHN deberán cumplir todas las demás leyes, reglas y reglamentaciones federales, estatales y locales que puedan aplicarse a las actividades hechas de conformidad con esta política.

Retención de documentos: Las solicitudes completadas para el Programa de asistencia financiera se escanearán y se conservarán en el registro médico electrónico durante un período mínimo de siete años después de la fecha en que se aprobó o denegó 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/denegación. Se harán auditorías trimestrales puntuales del departamento y se revisarán los informes mensuales de los resultados.

Definiciones: Para los efectos de esta política, los siguientes términos se definirán así:

- **AGB:** Cantidad generalmente facturada a los pagadores de seguros por los servicios prestados. Para calcular el AGB se usa el método retrospectivo, que refleja una combinación de reclamos totalmente adjudicados por las tarifas por servicio de Medicare, Medicare Advantage, Medicaid y todos los planes de atención médica privados, incluyendo las partes pagadas por los beneficiarios.
- **Activos (líquidos):** Efectivo, saldos de cuentas corrientes y de ahorro, mercados monetarios, certificados de depósito, anualidades de certificados a plazo, acciones, bonos, fondos mutuos, viviendas secundarias y propiedades de alquiler (a menos que los ingresos por alquiler estén incluidos en los ingresos del grupo familiar).
- **Deuda incobrable:** Los cargos incurridos por un paciente que, según la información financiera disponible, parece tener los recursos financieros para pagar los servicios de atención médica cobrados, pero que con sus acciones ha demostrado una falta de voluntad para saldar la deuda.
- **Familia:** Según la definición de la Oficina del Censo, un grupo de dos o más personas que residen juntas y que están relacionadas por nacimiento, matrimonio, unión civil o adopción.
- **Cargos brutos:** Los cargos totales a tarifas completas establecidas antes de que se apliquen deducciones.
- **Ingresos del grupo familiar:** Los ingresos se calculan de acuerdo con las metodologías financieras para determinar la elegibilidad para créditos fiscales anticipados para primas, por ejemplo, MAGI (ingreso bruto ajustado modificado).
 - Incluye ganancias, compensación por desempleo, seguro social, ingresos de pensiones o jubilación, intereses, dividendos, alquileres, regalías, ingresos de herencias, fideicomisos y otras fuentes diversas.
 - Excluye contribuciones antes de impuestos, como las de cuidado infantil, transporte, seguro médico patrocinado por el empleador, cuentas de gastos flexibles y planes de jubilación como 401K y 403b.
 - Excluye beneficios que no son en efectivo (como beneficios SNAP y subsidios de vivienda).
 - Se determina antes de impuestos (ingreso bruto).
 - Excluye ganancias o pérdidas de capital.
 - Si una persona vive con una familia/pareja de hecho, incluye los ingresos de todos los miembros de la familia (las parejas que no son de hecho o los compañeros de casa no cuentan).
- **Tamaño del grupo familiar:** El paciente, su cónyuge, hijos, parejas de hecho y cualquier persona que se considere dependiente de cualquier miembro de la pareja para los efectos del impuesto federal sobre la renta serán tratados como miembros del mismo grupo familiar. Las parejas de hecho se definen como personas no relacionadas/no casadas que comparten un hogar y que mantienen una relación íntima y comprometida que no está legalmente definida como matrimonio.
 - No incluye a las personas casadas que viven separadas mientras se divorcian, independientemente de su declaración de impuestos federales sobre la renta. Estos son grupos familiares separados.
 - Hijos bajo un acuerdo de custodia compartida; ambos padres pueden reclamar al hijo como dependiente, siempre que una copia del acuerdo de custodia indique un apoyo financiero equivalente.
 - Incluye a los hijos adultos que figuran como dependientes en las declaraciones de impuestos federales sobre la renta de los padres.
 - Para los trabajadores migrantes, los familiares directos (cónyuge e hijos biológicos) que residen fuera del país se incluirán en el tamaño del grupo familiar.
- **Verificación de ingresos: Puede incluir, entre otros:**
 - Una copia de la declaración de impuestos más reciente
 - Copias de los estados de cuenta bancarios más recientes (ahorros, cuenta corriente, mercado monetario, etc.)
 - Declaración de ganancias de la Oficina del seguro social (800-772-1213)
 - Copias de los dos talones de pago más recientes o el último talón de pago del año calendario
 - Declaración de los ingresos de las personas que trabajan por cuenta propia

- Copia de beneficios por desempleo, si corresponde
 - Cuentas de inversiones, si corresponde
 - Ingresos por alquiler, si se incluyen en ingresos versus activos
 - Verificación de ingresos por escrito de un empleador (si el pago es en efectivo)
 - Estados recientes de instituciones financieras u otros terceros que verifiquen el valor de un activo o evidencia de que se han agotado todos los posibles pagadores terceros, y que el saldo es adeudado por la parte responsable
 - Contrato o confirmación escrita de un contrato de trabajador migrante
 - Se aceptará documentación escrita de Open Door Clinic con información financiera en lugar de la verificación de ingresos de arriba. Si no es elegible para el programa del gobierno, una copia de la carta o aviso recibido de la oficina gubernamental que documente la inelegibilidad
- **Internacional/extranjero:** Ciudadanos no americanos que se encuentran en los Estados Unidos con una visa de viaje/de visitante.
 - **Área de servicio de University of Vermont Health Network:** Vermont, ciertos condados de New York (Clinton, Essex, Franklin, Washington, Hamilton, Warren y St. Lawrence) y ciertos condados de New Hampshire (Coos, Grafton y Sullivan) para ciertos servicios.
 - **LEP/traducción:** Dominio limitado del inglés, que requiere copias traducidas de las políticas, la solicitud, el resumen en lenguaje sencillo y la solicitud.
 - **Indigencia médica:** Hay casos en los que las personas no tienen los medios financieros para acceder a atención médica adecuada sin privarse a sí mismas y a sus dependientes de comida, ropa, vivienda y otros elementos esenciales para la vida. Por lo general, se considerará que un paciente es médicamente indigente si el saldo de una factura del hospital es superior al 20 % del ingreso bruto anual del grupo familiar de la persona y, la persona no tiene ninguna otra posibilidad de pagar todo o una parte del saldo de la factura resultante de una enfermedad o lesión catastrófica.
 - **Servicios de atención médica médicamente necesarios:** Servicios de atención médica, incluyendo pruebas de diagnóstico, servicios preventivos y cuidados posteriores, que sean apropiados para el diagnóstico o la condición del paciente en términos de tipo, cantidad, frecuencia, nivel, entorno y duración. La atención médicamente necesaria debe: (A) estar informada por evidencia médica o científica generalmente aceptada y ser coherente con los parámetros de práctica generalmente aceptados reconocidos por las profesiones de atención médica en las mismas especialidades que normalmente proporcionan el procedimiento o tratamiento, o diagnostican o manejan la condición médica; (B) estar informada por las necesidades únicas de cada paciente individual y cada situación que se presenta; y (C) cumplir uno o más de los siguientes criterios: (i) ayudar a restaurar o mantener la salud del paciente; (ii) prevenir el deterioro o paliar la condición del paciente; o (iii) prevenir la aparición razonablemente probable de un problema de salud o detectar un problema incipiente.
 - **Estado de cuenta del paciente:** El resumen mensual de la cuenta del paciente enviado por correo al paciente a su dirección particular indicada que señala la cantidad adeudada por el paciente por los servicios de atención al paciente prestados por UVMHN.
 - **Vivienda principal:** La residencia habitual del paciente, ya sea de propiedad única o conjunta.
 - **Código de transacción/pago:** La transacción única usada para registrar el descuento para pacientes no asegurados.
 - **No asegurado:** El paciente no tiene ningún nivel de seguro ni asistencia de terceros que lo ayude a cumplir sus obligaciones de pago. Un paciente no asegurado no es elegible para ningún programa de derecho a atención médica del gobierno (Medicare, Medicaid, planes del mercado de seguros Vermont Health Connect, etc.) durante las fechas de servicio prestado por UVMHN.
 - **Infrasegurado:** El paciente tiene algún nivel de seguro o asistencia de terceros pero aún tiene gastos de bolsillo que exceden sus capacidades financieras.
 - **University of Vermont Health Network - Vermont:** Incluye The University of Vermont Health Network, Central Vermont Medical Center, Porter Medical Center y University of Vermont Medical Center.
 - **Residencia en Vermont:** Una persona, independientemente de su ciudadanía e incluyendo los inmigrantes indocumentados, que reside en Vermont, es empleada por un empleador de Vermont para prestar servicios para el empleador en Vermont, o asiste a una escuela en Vermont, o cualquier combinación de esto. El término incluye a una persona que vive en Vermont en el momento en que se reciben los servicios pero que no tiene una vivienda permanente estable. Esto no incluye visitantes nacionales ni visitantes extranjeros.

POLÍTICAS RELACIONADAS:

PAS35	Limitación de cargos (AGB)
EXEC11	Solicitudes de Prestación de servicios de atención médica a pacientes extranjeros
RISK4	Evaluación y estabilización médica
UVMHN_CUST1	Crédito y cobranzas

REFERENCIAS:

IRC § 501®(4):

IRC § 501®(5):

IRC § 501®(6):

H.287 (Act 119)

26 C.F.R. §1.36B-2

VT Título 18, Capítulo 221, Subcapítulo 10:

§ 9481 Definiciones

§ 9482 Políticas de asistencia financiera para grandes centros de atención médica

§ 9483 Implementación de la política de asistencia financiera

§ 9484 Educación e información públicas

§ 9485 Prohibición de venta de deuda médica

§ 9486 Prohibición de renuncia de derechos

§ 9487 Aplicación

REVISORES:

Scott Comeau, CFO PMC/ECH

Kimberly Patnaude, CFO CVMC

Judy Peek-Lee, CFO UVMC

Michael Barewicz, vicepresidente de Ciclo de Ingresos de UVMHN

Melissa Laurie, controladora corporativa de UVMHN VT

Isabelle Desjardins, directora médica, UVMC

Jennifer Parks, directora de Privacidad y Cumplimiento de UVMHN

Richard Schmidgall, director de Auditoría Interna de UVMHN

Erika Smart, directora de Gestión de Riesgos de UVMHN

Jason Williams, vicepresidente de Relaciones Gubernamentales y Comunitarias de UVMHN

Lindsay Morse, vicepresidenta de Gestión de Atención de UVMHN

Carol Muzzy, vicepresidenta ejecutiva de UVMHN, directora de Reglamentación, Asuntos Reglamentarios y de Acreditación

Gina Slobodzian, directora de Servicio al Cliente de UVMHN

Louise Barrow, directora de Experiencia del Paciente y la Familia, UVMC

Chris Cook, director de Servicios Financieros para Pacientes, PMC

Nicholas Ferron, director de Redes, Cumplimiento Fiscal y Estrategia

PROPIETARIO: Shannon Lonergan, directora de Acceso de Pacientes

FUNCIONARIO DE APROBACIÓN: Rick Vincent, vicepresidente ejecutivo de Finanzas y CFO de UVMHN

