

IDENT	PAS35
Type de document	Politique
Type d'applicabilité	Réseau CVMC/PMC/UVMC
Fonction du propriétaire	Accès direct aux patients
Fonction du chargé de l'approbation	Vice-président du cycle de revenus du réseau
Date d'entrée en vigueur	7/1/2024
Date de la prochaine révision	10/1/2024



TITRE : Limitation des frais facturés (Montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB))

OBJET : Établir une politique et une procédure pour déterminer les montants facturés aux patients pouvant bénéficier d'une aide financière.

ÉNONCÉ DE POLITIQUE : Conformément à la réglementation du Internal Revenue Service (IRS) 501r, les partenaires du Vermont de l'University of Vermont Health Network limiteront les frais des patients répondant aux conditions de notre programme d'aide financière aux montants généralement facturés (AGB) aux patients assurés pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires. Conformément à la loi H.287 de l'État du Vermont, des limitations supplémentaires des montants facturés doivent être appliquées au patient non assuré.

La politique s'applique aux partenaires de l'UVMHN suivants :

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

PROCÉDURE :

1. Les partenaires du Vermont de l'University of Vermont Medical Health Network calculeront le montant généralement facturé aux patients assurés chaque année et limiteront en conséquence les montants facturés aux patients pour les services admissibles à une aide financière. L'AGB sera calculé en octobre et s'appliquera à tous les services fournis au cours de l'année fiscale suivante.
2. Les partenaires du Vermont de l'UVMHN appliqueront la méthode rétrospective pour calculer l'AGB et inclura les assurances publiques et commerciales, à savoir Medicare, Medicare ACO, Medicare Advantage, Medicaid et les assurances commerciales ou privées.
3. Conformément à la réglementation de l'IRS, les partenaires du Vermont de l'UVMHN doivent inclure tous les remboursements approuvés pour l'exercice précédent, y compris les frais à la charge du patient. Les remboursements approuvés sont ceux qui ont été payés au cours de cette période de 12 mois, et non ceux relatifs aux soins prodigués au cours de cette période. Si une demande de remboursement n'a pas été acceptée au plus tard le dernier jour de la période de 12 mois, elle ne sera pas incluse dans le calcul de cette année fiscale.
4. Pour calculer le montant généralement facturé, nous additionnons le montant total autorisé par une compagnie d'assurance et le montant à la charge du patient. Sont donc inclus les tickets modérateurs, les coassurances et les franchises.
5. Pour nous assurer que nous n'incluons que les frais et les soins pour lesquels un ajustement est autorisé, les partenaires du Vermont de l'UVMHN déduiront du total autorisé les ajustements effectués pour défaut d'autorisation. Ces frais ne sont pas autorisés par l'organisme payeur et sont ajustés au niveau des frais bruts.
6. Le calcul comprendra le montant total autorisé par l'assurance, après déduction des ajustements administratifs appliqués lorsque l'assureur n'a pas accepté le remboursement. Ce montant sera ensuite divisé par les frais bruts

Imprimé le : 6/28/2024 5:35 PM Par : Lonergan, Shannon M.

AVERTISSEMENT : Seule la politique mise en ligne est considérée comme officielle. Vous pouvez vérifier l'exactitude de ce document en le comparant avec celui mis en ligne.

facturés pour ces demandes de remboursement.

7. Le calcul pour l'année fiscale 2024 (du 1er octobre 2023 au 30 septembre 2024) :
 - a. Central Vermont Medical Center : 57 %
 - b. Porter Medical Center : 53 %
 - c. The University of Vermont Medical Center : 57 %
8. Conformément à la loi de l'État du Vermont, les patients non assurés bénéficieront d'une réduction supplémentaire de 40 % après application de l'AGB. Les partenaires du Vermont de l'UVMHN ont calculé un taux mixte pour cet ajustement. Bien que cela ne soit pas requis par la loi, notre politique appliquera le meilleur ajustement à taux mixte aux patients non assurés et insuffisamment assurés dans les hôpitaux du Vermont.
9. Le calcul du taux mixte pour l'exercice 2024 (du 1er juillet 2024 au 30 septembre 2024) :
 - a. Central Vermont Medical Center : 75%
 - b. Porter Medical Center : 75%
 - c. The University of Vermont Medical Center : 75 %
10. En cas de découverte tardive de l'admissibilité et conformément aux règles refuges, l'UVMHC remboursera les paiements des patients dépassant l'AGB pour les soins qui auraient été admissibles à une aide financière dans un délai de 240 jours à compter de l'approbation de la demande. Notez que les trop-payés peuvent être déduits d'autres soldes ouverts avant qu'un remboursement soit versé au patient.

PLAN DE SUIVI :

Audits annuels

Examen de l'automatisation des dossiers de santé électronique (Electronic Health Records, EHR)

DÉFINITIONS :

Ajustement administratif : Un ajustement ou un effacement de frais sur un compte, par exemple, un défaut d'approbation, etc.

Montant autorisé : Le paiement maximum qu'un régime paiera pour des soins de santé couverts

Frais bruts : Le montant total facturé pour les soins prodigués avant les ajustements ou les remises

Limitation des frais : Tout hôpital exonéré d'impôt doit limiter le montant généralement facturé pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires fournis aux patients ayant droit à une aide financière aux montants généralement facturés aux patients assurés, et ne peut pas appliquer les frais bruts.

Méthode rétrospective : Examen rétrospectif de toutes les demandes de remboursement payées par les assureurs au cours de l'année fiscale précédente.

POLITIQUES CONNEXES :

PAS1 Programme d'aide financière

RÉFÉRENCES :

IRC, § 501®(4) :

IRC, § 501®(5) :

IRC, § 501®(6) :

H.287 (Loi 119)

26 C.F.R., §1.36B-2

VT Droit 18, Chapitre 221, Sous-chapitre 10 :

Imprimé le : 6/28/2024 5:35 PM Par : Lonergan, Shannon M.

AVERTISSEMENT : Seule la politique mise en ligne est considérée comme officielle. Vous pouvez vérifier l'exactitude de ce document en le comparant avec celui mis en ligne.

- § 9481 Définitions
- § 9482 Politiques d'aide financière pour les grands établissements de santé
- § 9483 Mise en œuvre de la politique d'aide financière
- § 9484 Information et éducation du public
- § 9485 Interdiction de cession de dettes médicales
- § 9486 Interdiction de renonciation aux droits
- § 9487 Exécution

RELECTEURS :

Amy Vaughan, Vice-président du réseau des revenus, finances et remboursements

Craig Bennett, Responsable de la conformité et de la confidentialité du réseau

Melissa Laurie, Vice-président réseau/contrôleur d'entreprise

Gina Slobodzian, Directeur Réseau Service Clientèle

Chris Cook, Directeur des services financiers aux patients PMC

Amy Gibbs, Directeur finances et comptabilité CVMC

PROPRIÉTAIRE : Shannon Lonergan, Accès direct aux patients

CHARGÉ DE L'APPROBATION : Michael Barewicz, Vice-président du cycle de revenus du réseau