

 Sheppard Pratt		Policy Number: HS-130.4.h
		Page 1 of 6
Manual: Sheppard and Enoch Pratt Hospital Administrative Manual		Effective: 2/26/2021
Section: 100 - Health System	Sub-section: 130 - Finance	Prepared by: Kelly Savoca
Title: Financial Assistance – Patient Financial Services - French		

POLITIQUE :

Le système de santé Sheppard Pratt (« Système de santé ») a pour mission de fournir aux patients des soins et des services de la meilleure qualité. Pour soutenir nos patients, une aide financière sera accordée aux patients qui ne sont pas en mesure de payer pour les services rendus et qui répondent aux critères établis dans la présente politique d'aide financière (« PAF »), sans distinction de race, de couleur, de religion, d'ascendance ou d'origine nationale, de sexe, d'âge, d'état civil, d'orientation sexuelle, de genre, des informations génétiques ou de l'existence ou non d'un handicap.

OBJECTIF :

La présente politique a pour objectif d'établir les critères d'éligibilité et le processus de demande/d'admission de l'aide caritative pour les clients du Système de santé.

PROCÉDURE :

1. Définitions

Montants généralement facturés ou AGB : Les montants généralement facturés pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires aux personnes qui disposent d'une assurance couvrant ces soins, tels qu'expliqués plus en détail à la section 3 du présent document.

Article 501(r) du code : L'article 501(r) du Code des impôts et les règlements promulgués en vertu de celui-ci, tels que modifiés de temps en temps.

Soins d'urgence : Les soins immédiats nécessaires pour éviter de mettre la santé du patient en grave danger, d'altérer gravement les fonctions corporelles et/ou de provoquer un dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie du corps.

Frais bruts : Le montant total facturé par le Système de santé pour les articles et les services avant l'application de toute réduction, allocation contractuelle ou déduction.

Foyer : Dans le cadre de la détermination du revenu familial/du foyer d'un patient, un foyer se compose du patient et de l'une des personnes suivantes : (i) un conjoint, que le patient et son conjoint prévoient ou non de remplir une déclaration d'impôt fédérale ou d'locale conjointe ; (ii) les enfants biologiques, les enfants adoptés ou les beaux-fils/belles-filles ; et (iii) toute personne pour laquelle le patient demande une exonération personnelle dans une déclaration d'impôt fédérale ou locale. Pour un patient qui est un enfant, le foyer se compose de l'enfant et des personnes suivantes : (i) les parents biologiques, les parents adoptifs, les beaux-parents ou les tuteurs ; (ii) les frères et sœurs biologiques, les frères et sœurs adoptifs ; ou (iii) les demi-frères et demi-sœurs ; et (iii) toute personne pour laquelle les parents ou tuteurs du patient demandent une exonération personnelle dans une déclaration d'impôt fédérale ou locale.

Soins médicalement nécessaires : Les services ou soins jugés médicalement nécessaires suite à la détermination de leur valeur clinique par le médecin chargé de l'admission ou par un autre médecin agréé.

Patient : Les personnes qui reçoivent des soins d'urgence ou médicalement nécessaires dans le cadre du Système de santé, ainsi que la personne financièrement responsable des soins du patient.

Éligibilité présumée : Le processus par lequel le Système de santé peut utiliser des déterminations d'éligibilité antérieures et/ou des informations provenant de sources autres que l'individu dont l'éligibilité à l'aide financière doit être déterminée.

Non assuré : Les patients qui ne disposent pas d'assurance ou qui ne bénéficient pas d'assistance de tiers pour les aider à s'acquitter de leurs obligations financières envers les prestataires de soins de santé.

Sous-assuré : Les patients qui disposent d'une couverture médicale limitée ou d'une couverture qui oblige le patient à payer lui-même les frais de santé, pouvant ainsi encore avoir besoin d'une aide financière.

Partie responsable : En ce qui concerne les services fournis par le Système de santé, le patient, le garant du compte ou toute autre personne chargée de payer ces services.

2. **Éligibilité à l'aide financière**

A. Critères généraux

Les services éligibles à l'aide financière comprennent : les soins d'urgence, les services considérés comme des soins médicalement nécessaires par le Système de santé et, d'une manière générale, les soins non facultatifs et nécessaires pour prévenir le décès ou les effets néfastes sur la santé du patient.

Certains services qui ne sont pas considérés comme des soins d'urgence ou médicalement nécessaires, tels que déterminés par le Système de santé, à sa seule discrétion, ne sont pas éligibles à l'aide financière dans le cadre de la présente PAF. Les services exclus comprennent, mais sans s'y limiter, les services optionnels, le(s) programme(s) d'éducation pour la santé, les programmes de soins en isolement et les programmes d'activités à la Ruxton House, ainsi que tout service auxiliaire lié aux catégories susmentionnées.

En outre, la communauté des quakers peut être éligible à une aide distincte et/ou supplémentaire dans le cadre de la politique distincte d'aide financière aux quakers du Système de santé. Pour de plus amples informations concernant la politique d'aide financière aux quakers, veuillez contacter le département des services financiers aux patients.

En l'absence de circonstances atténuantes, telles que déterminées par le Système de santé, l'aide financière fournie par le Système de santé dans le cadre de la présente PAF est secondaire par rapport à toutes les autres assistances de tiers et ressources financières à la disposition du patient, y compris, mais sans s'y limiter, l'assurance contre les accidents du travail, le programme Medicaid et d'autres programmes locaux ou fédéraux (« Assistance de tiers »). Un patient qui ne fournit pas ou refuse de fournir les informations demandées au Système de santé peut être considéré comme inéligible à une aide financière au titre de la présente PAF, à la seule discrétion du Système de santé. De même, un patient qui fournit de fausses informations ou des informations erronées dans le cadre de la présente PAF peut être considéré comme inéligible à l'aide financière au titre de la présente PAF, à la seule discrétion du Système de santé.

B. Critères financiers

Les patients qui ne sont pas assurés ou qui sont sous-assurés peuvent être éligibles à une aide en fonction de certains critères financiers, de certaines limites et exceptions, tels qu'indiqués ci-dessous :

- Les patients dont le revenu du foyer est inférieur ou égal à 300 % par rapport à celui visé dans les directives fédérales en matière de pauvreté peuvent bénéficier de soins gratuits (soit une réduction de 100 %).
- Les patients dont le revenu du foyer est inférieur à 500 % par rapport à celui visé dans les directives fédérales en matière de pauvreté et qui connaissent des difficultés financières peuvent également bénéficier d'une réduction de 50 % au titre des soins à coût réduit. Aux fins de la présente disposition, on entend par difficultés financières une dette médicale (frais pris en charge par le patient lui-même, à l'exclusion des paiements effectués conjointement, de la coassurance et des franchises, pour les frais médicaux facturés par un hôpital) contractée par une famille sur une période de 12 mois et qui dépasse 25 % du revenu du foyer.

Nonobstant les critères ci-dessus, les patients qui ont accumulé des actifs de 10 000 \$ par personne ou de 25 000 \$ par foyer (tels qu'ajustés, en fonction de l'inflation de chaque année, à partir du 1^{er} octobre 2020 conformément à l'indice des prix à la consommation) ne peuvent bénéficier que d'une aide de 50 %. Aux fins de cette évaluation d'actifs, les actifs suivants sont exclus du seuil susmentionné : (i) des capitaux propres sur

une résidence principale ne dépassant pas 150 000 \$; (ii) des avoirs de retraite auxquels le service des impôts (Internal Revenue Service) a accordé un traitement fiscal préférentiel en tant que compte de retraite, y compris, mais sans s'y limiter, les plans de rémunération différée conformes au code des impôts ou les plans de rémunération différée non conformes ; (iii) un (1) véhicule à moteur utilisé pour les besoins de transport du patient ou de d'un membre de sa famille ; (iv) toute ressource exclue dans la détermination de l'éligibilité financière au titre du programme d'assistance médicale en vertu de la loi sur la sécurité sociale ; et (v) les fonds prépayés pour l'enseignement supérieur sur un compte du programme 529 du Maryland.

Un patient dont les revenus et actifs dépassent ceux définis dans les directives d'éligibilité, mais qui déclare ne pas pouvoir payer tout ou partie du solde de son compte, peut faire l'objet d'une évaluation plus approfondie au cas par cas. L'éligibilité à une aide financière totale ou partielle sera déterminée en tenant compte de la situation financière totale du patient ainsi que des circonstances atténuantes. Les critères supplémentaires utilisés pour déterminer le statut d'éligibilité comprennent la situation professionnelle, la capacité de percevoir des gains futurs et d'autres ressources financières. Les patients dont le revenu du foyer se situe entre 300 % et 500 % par rapport à celui visé dans les directives fédérales en matière de pauvreté seront éligibles à un plan de paiement conformément à la politique distincte de facturation et de recouvrement du Système de santé (voir la section 9 ci-dessous), en fonction de la mission et de la zone de service du Système de santé.

Pour déterminer l'éligibilité des patients, le Système de santé ne prend pas en compte la citoyenneté ou la situation régulière ou non d'un patient. En outre, le Système de santé ne refusera pas une aide financière ou ne rejettera pas une demande d'aide financière sur la base de la race, de la couleur, de la religion, de l'ascendance ou de l'origine nationale, du sexe, de l'âge, de l'état civil, de l'orientation sexuelle, du genre, des informations génétiques ou d'un handicap.

C. Processus de détermination de l'éligibilité

Lors de l'examen d'une demande d'aide financière, le Système de santé : (i) déterminera si le patient dispose d'une assurance maladie ; (ii) déterminera si le patient est présumé éligible à des soins gratuits ou à coût réduit en vertu de la loi du Maryland ; (iii) déterminera si les patients non assurés sont éligibles à une assurance maladie publique ou privée ; (iv) dans la mesure du possible, offrira une assistance aux patients non assurés si le patient choisit de demander une assurance maladie publique ou privée ; (v) dans la mesure du possible, déterminera si le patient est éligible à d'autres programmes publics susceptibles d'aider à couvrir les coûts des soins de santé ; et (vi) utilisera les informations en sa possession, si elles sont disponibles, afin de déterminer si le patient est éligible à des soins gratuits ou à coût réduit dans le cadre de la politique d'aide financière de l'hôpital.

3. **Détermination du montant de l'aide financière**

Une fois l'éligibilité à l'aide financière établie, le Système de santé ne facturera pas aux patients éligibles à l'aide financière des sommes supérieures aux montants généralement facturés, ou AGB, aux patients assurés pour les soins d'urgence ou médicalement nécessaires (la « Limitation des AGB »). Dans la mesure du possible, le paiement maximum du patient pour les soins à coût réduit ne doit pas être supérieur à un montant égal aux frais du Système de santé moins la majoration du Système de santé pour ces soins (voir le paragraphe suivant pour des informations concernant la majoration).

Conformément à la loi du Maryland, les frais auxquels une réduction s'appliquera sont fixés par l'agence de régulation des tarifs du Maryland, connue sous le nom de Commission d'examen des coûts des services de santé (« HSCRC ») et sont les mêmes pour tous les payeurs. Ainsi, dans la mesure du possible, les AGB sont déterminés selon la méthode prospective et sont basés sur les taux établis par la HSCRC pour le Système de santé. En outre, le Système de santé n'applique pas de majoration ou d'autres frais sur les tarifs établis par le HSCRC.

4. **Faire une demande d'aide financière**

En vue de la détermination de l'éligibilité à l'aide financière, les patients, y compris les parties responsables, devront soumettre une demande d'aide financière complète comprenant toutes les pièces justificatives requises pour effectuer ladite demande et pourront avoir besoin de rendez-vous ou de discussions avec un représentant du département des services financiers aux patients du Système de santé. Les patients devront fournir les

informations et les documents nécessaires lors de la demande d'aide financière. Les informations requises sont précisées dans la demande et les instructions y afférentes.

Les demandes d'aide financière déposées auprès du Système de santé peuvent être utilisées pendant une période maximale de 12 mois après la date de dépôt si la situation financière n'a pas changé.

Les demandes sont admises à l'aide financière à tout moment du cycle de facturation, y compris après le placement auprès d'une agence de recouvrement ou d'un autre tiers. Toutefois, les patients qui bénéficient ou qui peuvent prétendre à une Assistance de tiers doivent d'abord en faire la demande et l'achever avant qu'une demande d'aide financière au titre de la présente PAF ne soit traitée/envisagée, tel que cela est déterminé à la seule discrétion du Système de santé.

5. Notification de l'admission ou du refus de l'aide

Le département des services financiers aux patients informera le patient par écrit de l'admission ou du rejet de la demande, dans les 14 jours suivant la réception d'une demande d'aide financière dûment remplie. Si la demande a été approuvée, le courrier indiquera le montant de l'aide approuvée. Si la demande a été rejetée, le motif du refus sera indiqué dans ce courrier. Pour les demandes incomplètes, les patients recevront par écrit une liste des informations et/ou des documents encore nécessaires pour remplir la demande d'aide financière et, le cas échéant, pour soumettre les informations manquantes.

Les motifs du refus comprennent :

- Informations incomplètes sur Le caractère incomplet des informations dans la demande.
- Le caractère excessif des revenus ou des ressources.

6. Recours

Tous les patients jugés non éligibles à une aide financière ou éligibles à un montant inférieur au montant d'aide le plus généreux (100 %) disponible dans le cadre de la présente politique d'aide financière (PAF) disposeront d'un délai de 30 jours pour déposer un recours afin de demander une autre aide financière. Le patient peut présenter des informations supplémentaires à ce moment pour appuyer sa demande.

L'Unité en charge des programmes d'éducation et de défense en matière de santé du Maryland (HEAU) est à la disposition des patients pour les aider à déposer une demande de réexamen et pour en assurer la médiation. Les coordonnées de la HEAU sont les suivantes :

Permanence téléphonique de la HEAU :

Lundi - vendredi 9 h - 16 h 30

410-528-1840

Numéro vert : 1- 877-261-8807

FAX : 410-576-6571

heau@oag.state.md.us

www.marylandattorneygeneral.gov/pages/cpd/heau/default.aspx

Les plaintes concernant des violations présumées du Code du Maryland (section 19-214.1 ou 19-214.2) peuvent être déposées par un patient ou son représentant autorisé conjointement avec la HSCRC (Commission d'examen des coûts des services de santé) et la HEAU (Unité en charge des programmes d'éducation et de défense en matière de santé) par courrier électronique à l'adresse suivante hscrc.patient-complaints@maryland.gov.

7. Éligibilité présumée

Dans certaines circonstances jugées raisonnables et compréhensibles, l'absence de demande d'aide financière et de documents justificatifs n'entraînera pas nécessairement un refus de l'aide. Si un patient ne fournit pas suffisamment d'informations pour étayer son éligibilité à l'aide financière, le Système de santé peut se référer ou s'appuyer sur des sources externes et/ou d'autres ressources d'inscription au programme pour déterminer si le

patient remplit les conditions d'éligibilité présumée. Sauf dans les cas prévus ci-dessous, l'éligibilité présumée ne couvrira que la date spécifique du service du patient. La détermination de l'éligibilité présumée sera basée sur les critères suivants :

- Patients éligibles au programme Medicaid. Soldes pour un patient qui est actuellement éligible à la couverture complète du programme Medicaid, mais qui ne l'était pas à la date du service.
- Le patient est sans domicile fixe.
- Patient disposant d'un rapport de solvabilité défavorable ou d'autres informations financières de tiers.
- Patient décédé sans patrimoine.
- Patient éligible au programme Medicaid en dehors du Maryland et résidant actuellement en dehors de cet État.

En outre, un patient qui n'est pas éligible au programme d'assistance médicale du Maryland ou au programme de santé des enfants du Maryland bénéficiera d'une présomption d'éligibilité si l'un des critères suivants s'applique :

- Il vit dans un foyer avec des enfants inscrits au programme de repas gratuits et à prix réduit.
- Il reçoit de prestations dans le cadre du programme fédéral d'aide à la nutrition complémentaire.
- Il bénéficie des avantages du programme d'aide à l'énergie de l'État.
- Il bénéficie de prestations dans le cadre du programme fédéral spécial de compléments alimentaires pour les femmes, les nourrissons et les enfants.
- Il bénéficie de tout autre programme de services sociaux tel que déterminé par le ministère de la santé du Maryland et par la HSCRC.

8. Publication de la politique d'aide financière

La PAF du Système de santé, la demande d'aide financière et le résumé en langage simple (y compris les traductions) sont mis à la disposition des patients, sur demande et gratuitement. En outre, des services de traduction en espagnol, russe, coréen, mandarin(chinois), tagalog, ourdou, vietnamien et français, ainsi que dans d'autres langues, peuvent être demandés pour les patients ayant besoin d'une assistance linguistique (sous réserve de disponibilité et de planification).

La PAF, le formulaire de demande d'aide financière et le résumé en langage simple sont disponibles sur demande sur les sites suivants du Système de santé :

- sites d'enregistrement et d'admission des patients
- clinique sans rendez-vous pour le traitement des crises
- département des services financiers aux patients (Towson, Maryland)

Lors de l'enregistrement des patients pour les services hospitaliers, les patients reçoivent une documentation avec le résumé de la PAF en langage clair.

La PAF, la demande d'aide financière et le résumé en langage clair sont distribués par courrier sur demande par téléphone aux numéros suivants :

- Département des services financiers aux patients - (410)-938-3370 ou numéro gratuit 1-(800)-264-0949
- Chaque agence de recouvrement auprès de laquelle le Système de santé place des comptes

Les patients peuvent également trouver la PAF, la demande d'aide financière et le résumé en langage simple en ligne sur le site web du Système de santé :

- www.sheppardpratt.org/patient-care-and-services/resources/financial-support/

En outre, le Système de santé communique la disponibilité de l'aide financière via les moyens suivants :

- notification sur tous les relevés de facturation des patients
- tableaux d'affichage sur les sites d'inscription et d'admission
- tableaux d'affichage dans les cliniques sans rendez-vous pour le traitement des crises
- brochures destinées aux patients et résumant la PAF ainsi que les modalités de demande de l'aide offerte lors de l'hospitalisation
- efforts supplémentaires d'engagement public

9. Mesures en cas de non-paiement

Si une demande d'aide financière et/ou un paiement n'est pas reçu, les mesures de recouvrement que le Système de santé peut prendre sont décrites dans une politique de facturation et de recouvrement distincte. En bref, le Système de santé fera certains efforts pour fournir aux patients des informations sur la PAF avant que certaines mesures ne soient prises en vue du paiement d'une facture. Les soldes placés auprès d'une agence de recouvrement sont toujours éligibles à une réduction de l'aide financière si les critères d'éligibilité sont remplis. La politique de facturation et de recouvrement (y compris les traductions) peut être obtenue de la même manière et aux mêmes endroits que ceux indiqués à la section 7 ci-dessus.

10. Prestataires éligibles

En plus des soins fournis par le Système de santé, les soins d'urgence et les soins médicalement nécessaires fournis par les prestataires énumérés ci-dessous dans l'établissement hospitalier sont également couverts par la présente PAF :

- Médecins de Sheppard Pratt et leurs assistants

Références :

HS-130.11 Aide financière aux patients - Résumé en langage clair

Pièces jointes :

Dates de révision :

14/02, 18/06, 18/07, 19/11, 20/02, 20/11, 21/01

Dates de révision :

05/12, 08/05, 11/10, 14/03, 18/06, 18/07, 19/11, 20/02, 20/11, 21/01

Signatures :

Harsh Trivedi : 26/01/2021

Kelly Savoca : 12/01/2021

References:

Attachments:

Revised Dates:

11/19, 5/20, 2/21

Reviewed Dates:

7/18, 11/19, 5/20, 2/21

Signatures:

Harsh Trivedi: 2/21/21

Kelly Savoca: 2/26/21