

		Numéro de la police : HS-130.4
		Page 1 de 6
Manuel : Manuel administratif de Sheppard and Enoch Pratt Hospital		Entrée en vigueur: 28/06/18
Section : 100 - Système de santé	Sous-section : 130 - Finances	Préparé par : Kelly Savoca
Titre : Assistance financière - Services financiers aux patients		

## POLITIQUE :

Sheppard Pratt Health System ("Système de Santé") a pour mission de fournir aux patients des soins et des services de la plus haute qualité. Pour aider 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 financial assistance policy (Politique d'Aide Financière ou "FAP"), indépendamment de leur race, couleur, croyance, religion, sexe, origine nationale, âge, état matrimonial, situation familiale, handicap ou autres facteurs discriminatoires.

## OBJECTIF :

Établir les critères d'éligibilité et le processus de demande/approbation 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 ont une assurance couvrant ces soins, comme expliqué plus en détail à la section 3 du présent document.

Article 501(r) du Code : Section 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 de tout organe ou 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.

Soins Médicalement Nécessaires: Par services ou soins, on entend les soins qui sont jugés médicalement nécessaires à la suite d'une détermination du mérite 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 au sein du système de santé et la personne qui est financièrement responsable des soins du patient.

Admissibilité 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 pour déterminer l'éligibilité à une aide financière.

Non Assuré : Les patients qui n'ont pas d'assurance ou d'assistance tierce partie pour les aider à résoudre leur responsabilité financière envers les prestataires de soins de santé.

Sous-assurance : Les patients qui bénéficient d'une couverture médicale limitée ou d'une couverture qui laisse le patient avec une responsabilité hors de sa poche et qui, par conséquent, peut 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. Admissibilité à l'Aide Financière

### A. Critères Généraux

Les services éligibles à une aide financière comprennent : les soins d'urgence, les services jugés médicalement nécessaires par le système de santé et, en général, 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 autrement considérés comme des soins d'urgence ou médicalement nécessaires, tels que déterminés par le système de santé à sa seule discrétion, ne sont pas admissibles à une aide financière dans le cadre de ce FAP. Les services exclus comprennent, sans s'y limiter, les services optionnels, le(s) Programme(s) d'Éducation, la retraite et la Ruxton House, ainsi que tout service auxiliaire lié aux catégories susmentionnées.

En outre, la population Quaker peut être éligible à une aide séparée et/ou supplémentaire dans le cadre de la FAP Quaker distincte du système de santé. Pour de plus amples informations concernant la FAP Quaker, 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 ce FAP est secondaire par rapport à toutes les autres tierces parties et ressources financières dont dispose le patient, y compris, mais sans s'y limiter, l'assurance contre les accidents du travail, Medicaid et d'autres programmes locaux, étatiques ou fédéraux ("Assistance aux Tierces Parties"). Tout patient qui ne fournit pas ou refuse de fournir les informations demandées au Système de Santé, ou qui ne demande pas ou refuse de demander l'assistance d'un tiers, peut être considéré comme non éligible à l'assistance financière dans le cadre de ce FAP, à la seule discrétion du Système de Santé. De même, un patient qui fournit des informations fausses ou trompeuses dans le cadre de ce FAP peut être considéré comme inéligible à une aide financière au titre de ce FAP, à la seule discrétion du Système de Santé.

### B. Critères Financiers

Les patients qui ne sont pas assurés ou sous-assurés peuvent être admissibles à une aide en fonction de certains critères financiers, de certaines limites et exceptions, comme indiqué ci-dessous :

- Les patients dont le revenu du ménage est inférieur ou égal à 300 % des directives fédérales sur la pauvreté peuvent bénéficier de soins gratuits (une réduction de 100 %).
- Les patients dont le revenu du ménage est inférieur à 500 % des Lignes Directrices Fédérales sur la pauvreté et qui connaissent également 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 remboursables, à l'exclusion des copaiements, 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 familial.

Nonobstant les critères ci-dessus, les patients qui ont accumulé des actifs de 10 000 \$ par personne ou de 25 000 \$ par ménage ne peuvent bénéficier que d'une aide de 50 %. Aux fins de ce test d'actifs, les actifs suivants sont exclus du seuil susmentionné : (i) un capital dans une résidence principale ne devant pas dépasser 150 000 \$ ; et (ii) des avoirs de retraite auxquels l'Internal Revenue Service a accordé un traitement fiscal préférentiel en tant que compte de retraite, y compris, mais sans s'y limiter, les régimes de rémunération différée qualifiés en vertu du Code des Impôts ou les régimes de rémunération différée non qualifiés.

Un patient dont les revenus et les actifs dépassent les directives d'éligibilité établies 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 gain future et d'autres ressources financières. Les patients dont le revenu du ménage se situe entre 300 % et 500 % des Directives Fédérales sur la Pauvreté peuvent être éligibles à un plan de paiement conformément à la politique de facturation et de recouvrement séparés du système de santé (voir section 8 ci-dessous).

Pour déterminer l'éligibilité des patients, le Système de Santé ne tient pas compte de la race, du sexe, de l'âge, de l'orientation sexuelle, de l'appartenance religieuse, du statut social ou du statut d'immigrant.

### **3. Détermination du Montant de l'Aide Financière**

Une fois que l'éligibilité à l'aide financière est établie, le Système de Santé ne facturera pas aux patients éligibles à l'aide financière plus que les montants généralement facturés, ou AGB, aux patients assurés pour les soins d'urgence ou médicalement nécessaires (la "limitation 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, l'AGB est déterminée selon la méthode prospective et se fonde sur les taux établis par le 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. Demander une aide financière**

Pour déterminer 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 par la 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 d'aide financière sont acceptées 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 ont ou qui peuvent prétendre à une Assistance à un Tiers doivent d'abord en faire la demande et l'épuiser avant qu'une demande d'aide financière au titre de ce FAP ne soit traitée/envisagée, comme cela est déterminé à la seule discrétion du Système de Santé.

## 5. Notification d'Approbation ou de Refus d'Aide

Le service des services financiers aux patients informe le patient par écrit dans les 30 jours suivant la réception de la demande d'aide financière de l'approbation ou du refus de la demande. Si la demande a été approuvée, la lettre indiquera le montant de l'aide approuvée. Si la demande a été rejetée, le motif du refus sera indiqué dans cette lettre. Pour les demandes incomplètes, les patients recevront une liste écrite des informations et/ou des documents encore nécessaires pour remplir la demande d'aide financière et où soumettre les informations manquantes.

Les raisons du refus sont notamment les suivantes :

- Informations incomplètes sur la demande.
- Le patient n'a pas coopéré à la procédure de demande d'adhésion à d'autres programmes payeurs tels que Medicaid, le Régime d'Assurance Maladie (HIP) et le marché public.
- Excès de revenus ou de ressources.

Tous les Patients jugés admissibles à une aide inférieure au montant le plus généreux (100 %) disponible dans le cadre de cette FAP disposeront de 30 jours pour soumettre un appel afin de demander une aide financière supplémentaire. Le Patient peut présenter des informations supplémentaires à ce moment pour appuyer sa demande.

## 6. Admissibilité 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 d'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 l'éligibilité. En voici quelques exemples :

- Patients éligibles à Medicaid. Soldes pour un patient qui est actuellement éligible à une couverture complète de Medicaid, mais qui ne l'était pas à la date du service.
- Le patient est sans domicile fixe.
- Les patients ayant recours à une agence de recouvrement obtiennent un score de segment d'irrecouvrable.
- Patient décédé sans patrimoine.
- Patient éligible à Medicaid en dehors de l'État et résidant actuellement en dehors du Maryland.
- Ménages avec enfants dans le cadre du programme de déjeuner gratuit ou réduit ;
- Programme d'Assistance Nutritionnelle Supplémentaire (SNAP) ;
- Programme d'aide aux ménages à faible revenu pour l'énergie ;
- Programme de Soins Primaires pour Adultes (PAC), jusqu'à ce que les prestations pour patients hospitalisés soient ajoutées à l'ensemble des prestations du PAC ;
- Femmes, nourrissons et enfants (WIC) ; ou
- Autres programmes de services sociaux sous condition de ressources jugés éligibles pour les politiques de soins hospitaliers gratuits par le Ministère de la Santé du Maryland et le HSCRC, conformément au règlement du HSCRC COMAR 10.37.10.26.

## 7. Publication de la FAP

Le FAP 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 calendrier).

Le FAP, le formulaire de demande d'aide financière et le résumé en langage simple sont disponibles sur demande dans les lieux suivants du système de santé :

- Lieux d'Enregistrement et d'Admission des Patients
- Clinique de Crise
- Département des Services Financiers aux Patients (Towson, Maryland)

Lors de l'enregistrement des patients pour les services hospitaliers, les patients reçoivent un paquet avec le résumé du PAF en langage clair.

Le FAP, 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 le FAP, 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/](http://www.sheppardpratt.org/patient-care-and-services/resources/financial-support/)

En outre, le Système de Santé communique la disponibilité de l'aide financière de la manière suivante :

- Notification sur tous les relevés de facturation des patients
- Signalisation dans les zones d'inscription et d'admission
- Signalisation dans la Clinique de Crise
- Brochures destinées aux patients, résumant le FAP et les modalités de demande de l'aide offerte lors de l'hospitalisation
- Efforts supplémentaires d'engagement du public

## 8. Actions en Cas de Non-paiement

Les mesures de recouvrement que le Système de Santé peut prendre si une demande d'aide financière et/ou un paiement ne sont pas reçus 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 le FAP avant que certaines mesures ne soient prises pour collecter 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.

## 9. 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 ce FAP :

- Sheppard Pratt Physicians, P.A.

**Références :** HS-130.11 Aide Financière - Résumé Clair et Précis

**Pièces jointes :**

**Dates de Révision :**

**Dates Révisées :**

05/12, 08/05, 11/10, 13/12, 18/06, 19/06

**Signatures :**

Kelly Savoca