

# Providence Hospital

---

## Demande d'aide financière

NUMÉRO :	9.09
SERVICE :	Finance
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	19 août 2004
DERNIÈRE RÉVISION :	15 septembre 2017
PROCHAINE DATE D'ÉCHÉANCE :	30 juin 2020
CHAMPS D'APPLICATION :	Providence Hospital and Providence Health System

---

## POLITIQUE/PRINCIPES

La politique de Providence Hospital (l'« Entreprise ») vise à assurer une pratique socialement juste pour la fourniture de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement indispensables dans les locaux de l'Entreprise. Cette politique est spécifiquement élaborée pour établir les conditions d'admissibilité à une aide financière des patients qui ont besoin d'une aide financière et qui bénéficient de soins de la part de l'Entreprise.

1. Toutes les aides financières reflèteront notre engagement et notre estime envers la dignité humaine et le bien commun, notre préoccupation particulière et notre solidarité envers les personnes vivant dans la pauvreté et envers d'autres personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers une notion de justice et de gérance équitables.
2. Cette politique s'applique à tous les services d'urgence et à d'autres services médicaux indispensables fournis par l'Entreprise, comme les services des médecins employés et les services de santé comportementale. Cette politique ne s'applique pas aux modalités de paiement pour des interventions non urgentes ou des soins autres que des traitements d'urgence ou soins médicaux indispensables.
3. La liste des prestataires pris en charge par la politique d'aide financière, utilisant un format similaire à celui joint à la pièce A., reprend la liste des prestataires dans les locaux de l'Entreprise et précise si les soins sont couverts ou non par la politique d'aide financière.

## DÉFINITIONS

Aux fins de la présente Politique, les définitions suivantes s'appliquent :

- « **501(r)** » signifie la Section 501(r) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) accompagnée des réglementations qui en découlent.
- « **Montant généralement facturé** » ou « **Amount Generally Billed ou AGB** » signifie, en ce qui concerne les soins d'urgence ou autres soins médicaux indispensables, le montant généralement facturé aux personnes bénéficiaires d'une couverture pour les soins en question.
- « **Communauté** » signifie les résidents du Maryland, de la Virginia, et les limites de la ville de Washington, DC.
- « **Soins d'urgence** » signifie que le patient nécessite une intervention médicale immédiate en raison d'un problème médical grave, potentiellement invalidant ou mortel. En général, le patient est examiné et/ou admis par le biais du service des urgences.

# Providence Hospital

## Demande d'aide financière

- « **Soins médicaux indispensables** » signifie les soins jugés indispensables d'un point de vue médical suite à la détermination d'une valeur clinique de la part d'un prestataire agréé. Dans le cas où les soins demandés par un Patient pris en charge par cette politique sont jugés ne pas être médicalement indispensables par un médecin chargé d'étudier sa demande, cette détermination doit être confirmée par le médecin à l'origine de son admission ou de la recommandation.
- « **Entreprise** » désigne Providence Hospital, Washington, DC.
- « **Patient** » signifie les personnes bénéficiaires de soins d'urgence ou d'autres soins médicaux indispensables au sein de l'Entreprise et la personne qui est financièrement responsable des soins du patient.

### Aide financière fournie

1. Les Patients dont le revenu du foyer est inférieur ou égal à 250 % du seuil de pauvreté (« Federal Poverty Level ou FPL ») seront admissibles à un remboursement de 100 % des soins sur la portion des frais le Patient est responsable après le paiement de la part de l'assureur, le cas échéant.
2. Comme condition minimale, les Patients dont le revenu du foyer dépasse les 250 % du FPL, mais sans en dépasser les 400 %, bénéficieront d'une réduction à échelle variable sur la portion des frais pour les services fournis et à charge du Patient après paiement de la part d'un assureur, le cas échéant. Un Patient admissible à la réduction à échelle variable ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés. La réduction à échelle variable est la suivante :

#### Lignes directives annuelles

Rabais	100 %	90 %	80 %	70 %
FLP	250 %	300 %	350 %	400 %

3. Les Patients qui peuvent prouver un besoin financier et dont le revenu du foyer est supérieur à 400 % du FPL peuvent être admissibles sous réserve d'un « examen des moyens d'existence » pour certaines réductions de leurs frais concernant des services fournis par l'Entreprise sur la base d'une évaluation approfondie de leur capacité à payer. Providence Hospital considérera l'indigence médicale pour les demandeurs au-delà de 400 % du FPL. Lorsque la créance médicale totale dépasse le revenu brut du foyer pour l'année précédente, le patient sera admissible à une aide financière maximale de 95 %. Un Patient admissible à la réduction au titre de l'« examen des moyens d'existence » ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés.
4. Dans le cas d'un Patient affilié à certains programmes d'assurance qui considèrent l'Entreprise comme « hors réseau », l'Entreprise pourra réduire ou refuser l'aide financière qu'elle accorderait en temps normal au Patient sur la base d'une évaluation des informations d'assurance du patient et d'autres faits et circonstances pertinents.
5. Les patients qui sont admissibles à une prise en charge caritative à hauteur de 100 % se verront peut-être facturer une somme forfaitaire symbolique de maximum \$20.00 par

# Providence Hospital

## Demande d'aide financière

- service que leur auront fournis Providence Hospital et/ou Providence Health Services.
6. L'admissibilité à une aide financière peut être déterminée à tout moment dans le cycle des revenus et peut inclure le recours à une notation présumée afin de déterminer l'admissibilité malgré le fait qu'un candidat n'a pas complété de demande de souscription au FAP (« Souscription au FAP »).
  7. L'admissibilité à l'aide financière doit être déterminée pour tout solde pour lequel le patient dans le besoin financier est responsable.
  8. Le processus via lequel les Patients et les familles doivent faire appel des décisions de l'Entreprise en matière d'admissibilité à l'aide financière se déroule comme suit :
    - a. Les Patients/Garants peuvent demander une détermination d'aide financière en fournissant des informations supplémentaires telles qu'une vérification du revenu du foyer ou une explication des circonstances atténuantes au Financial Counseling Department.
    - b. Tous les recours seront considérés par le comité 100% Charity Care et par le comité des recours concernant l'aide financière de Providence Hospital ; les décisions du comité seront envoyées par écrit au Patient et à la famille qui ont envoyé la demande.

### **Autre aide pour les patients non admissibles à l'aide financière**

Les Patients qui ne sont pas admissibles à l'aide financière comme décrit ci-dessus peuvent toujours avoir recours à d'autres types d'assistance fournis par l'Entreprise. Par souci d'exhaustivité, ces autres types d'assistance sont repris ici, bien qu'ils ne soient pas liés aux besoins et ne fassent pas l'objet de la Section 501(r), mais ils sont inclus ici pour faciliter la démarche de la communauté servie par Providence Hospital :

1. Les Patients non assurés qui ne sont pas admissibles à une aide financière bénéficieront d'une réduction en fonction de la réduction octroyée au payeur de la part la plus élevée pour cette Entreprise. Le payeur de la part la plus élevée doit représenter au moins 3 % de la population de l'Entreprise mesurés en termes de volume ou de revenus bruts des patients. Si un seul payeur ne représente pas ce niveau minimum de volume, plus d'un contrat payeur doit être étalé afin que les modalités de paiement utilisées pour l'étalement représentent au moins 3 % du volume des activités de l'Entreprise pour l'année donnée.
2. Rabais pour les Patients non assurés : Le montant du rabais appliqué aux Frais (bruts) de détail encourus par les Patients non assurés ou 65 % pour les services rendus.

### **Limitations sur les frais des Patients admissibles à l'aide financière**

Les Patients admissibles à une aide financière ne seront pas individuellement facturés d'un montant supérieur à L'AGB pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicaux indispensables ni de frais supérieurs aux frais bruts pour d'autres soins médicaux. L'Entreprise calcule un ou plusieurs pourcentages de l'AGB en appliquant la méthode dite « rétrospective » et en incluant le programme de « rémunération à l'acte » de Medicare ainsi que toutes les assurances de santé privées qui versent des indemnités à l'Entreprise, conformément à 501(r). Une copie gratuite de

# Providence Hospital

---

## Demande d'aide financière

la description du calcul de l'AGB et des pourcentages est disponible sur simple demande auprès du Financial Counseling Department (Pièce B).

### **Souscription à l'aide financière ou à une autre assistance**

Un Patient peut se qualifier pour prétendre à l'aide financière via le système de notation présumée ou en sollicitant la souscription par l'envoi du formulaire de demande de souscription au FAP. Un Patient peut se voir refuser l'aide financière si le patient fournit de fausses informations sur une demande du FAP ou dans le cadre du processus d'admissibilité à la notation présumée. Le formulaire de souscription à la PAF et les instructions pour le compléter sont disponibles. Vous trouverez les instructions spécifiques ci-dessous :

Providence Hospital :

Vous trouverez le formulaire de souscription à la PAF et les instructions pour le compléter

- En vous rendant sur <http://www.provhosp.org/patients-guests>
- En écrivant à Providence Hospital, ATTN: Financial Counseling & Eligibility Services (Ground Flr), 1150 Varnum St., NE, Washington, DC 20017
- En contactant directement le Financial Counseling Office au (202) 854-4081.
- En vous rendant au Financial Counseling Office au Providence Hospital.

Les demandes remplies doivent être soumises au Financial Counseling Office.

Providence Health Services :

- En faisant une demande du cabinet de votre médecin.
- En écrivant à un représentant de NRSC Financial Assistance, 10330 N. Meridian Street, 2N PFS, Indianapolis, Indiana 46290
- En contactant directement un représentant de NRSC Financial Assistance au 800-566-5050

### **Facturation et recouvrement**

Les actions que l'Entreprise peut mener dans le cas d'un défaut de paiement sont décrites dans une politique séparée concernant la facturation et le recouvrement. Une copie gratuite de la politique de facturation et de recouvrement est disponible auprès du Financial Counseling Office.

### **Interprétation**

Cette politique a pour but de se conformer à la section 501(r), sauf indication particulière. Cette politique, ainsi que toutes les procédures applicables, doivent être interprétées et appliquées conformément à la section 501(r), sauf indication particulière.