

ASCENSION MEDICAL GROUP ST VINCENT'S

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

30 juin 2021

POLITIQUE / PRINCIPES

La politique des Organisations désignées sous ce paragraphe (chacune étant désignée par le terme « Organisation ») vise à assurer une pratique socialement juste pour la fourniture de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires dans les établissements de l'Organisation. Cette politique est spécifiquement élaborée pour établir les conditions d'admissibilité à une aide financière des Patients qui en ont besoin et qui bénéficient de soins de la part de l'Organisation. Cette politique s'applique à l'Ascension St Vincent's Medical Group.

1. Toutes les aides financières mises en œuvre refléteront notre engagement et notre souci pour la dignité humaine et le bien commun, notre préoccupation particulière et notre solidarité vis-à-vis des personnes vivant dans la pauvreté et les personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers une justice et une gestion équitables. Dans la fourniture de nos services, nous ne faisons aucune discrimination fondée sur l'ethnie, la couleur, nationalité, le handicap, la religion, l'âge, le sexe, de l'orientation sexuelle ou de l'identité de genre.
2. Cette politique s'applique à tous les soins d'urgence et à d'autres soins médicalement nécessaires fournis par l'Organisation, comme les services des médecins employés et les services de santé comportementale. Cette politique ne s'applique pas aux frais pour les soins qui ne sont pas des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires.
3. La liste des prestataires pris en charge par la Politique d'aide financière reprend la liste des prestataires dans les établissements de l'Organisation en précisant 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)** » désigne l'Article 501(r) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) accompagné des réglementations qui en découlent.
- « **Montant généralement facturé** » ou « **Amount Generally Billed ou AGB** » signifie, en ce qui concerne les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, le montant généralement facturé aux personnes bénéficiaires d'une assurance couvrant les soins en question.
- « **Communauté** » désigne les cinq (5) comtés de Floride du Nord-est, à savoir : Baker, Clay, Duval, Nassau, St. Johns et les dix (10) comtés de Géorgie du Sud-est qui comprennent : Appling, Bacon, Brantley, Camden, Charlton, Coffee, Glynn, Pierce, Ware et Wayne. Un Patient sera également considéré comme un membre de la Communauté de l'Organisation si les soins d'urgence et médicalement nécessaires dont il a besoin se situent dans la continuité des soins d'urgence et médicalement nécessaires reçus dans un autre établissement d'Ascension Health, dans lequel le Patient a droit à une aide financière pour de tels soins d'urgence et médicalement

nécessaires.

- « **Famille** » désigne le demandeur d'une aide financière, le conjoint du demandeur et les personnes à charge du demandeur et de son conjoint qui sont considérées comme des personnes à charge en vertu des exigences de l'Internal Revenue Service.
- « **Revenu** » désigne le revenu brut annuel de toute forme d'emploi, d'aide gouvernementale de toute nature (à l'exclusion de l'aide alimentaire) ou de fonds d'investissement de toute nature.
- « **Soins d'urgence** » désigne une condition médicale se manifestant par des symptômes aigus d'une gravité suffisante (y compris une douleur intense) de sorte que l'absence de soins médicaux immédiats pourrait raisonnablement :
 1. Mettre en grand danger la santé de la personne ou, dans le cas d'une femme enceinte, la santé de la maman ou du futur bébé.
 2. Entraîner un grave trouble d'une quelconque fonction corporelle.
 3. Entraîner un grave dysfonctionnement d'un organe ou d'une partie du corps.
 4. Dans le cas d'une femme enceinte ayant des contractions :
 - a. Il y a un délai suffisant pour assurer un transfert en toute sécurité vers un autre hôpital avant l'accouchement, ou
 - b. Le transfert pourrait menacer la santé ou la sécurité de la maman ou du futur bébé.
- « **Soins médicalement nécessaires** » désigne des soins (1) appropriés, cohérents et essentiels pour la prévention, le diagnostic ou le traitement de l'état d'un Patient ; (2) la fourniture ou le niveau de service le plus approprié pour l'état du Patient pouvant être fourni en toute sécurité ; (3) non fourni principalement pour la commodité du Patient, de la famille du Patient, du médecin ou de la personne qui s'occupe du Patient et (4) plus susceptible d'entraîner un bénéfice pour le Patient plutôt qu'un préjudice. Pour que les futurs soins programmés soient qualifiables comme des « soins médicalement nécessaires », les soins et le calendrier de soins doivent être approuvés par le médecin-chef de l'Organisation (ou son représentant). La détermination des soins médicalement nécessaires doit être faite par un prestataire agréé fournissant des soins médicaux au Patient et, à la demande de l'Organisation, par le médecin chargé de l'admission, le médecin traitant et/ou le Chef de service médical ou tout autre médecin-conseil (selon le type de soins recommandés). Si les soins demandés par un Patient pris en charge par cette politique sont jugés ne pas être médicalement nécessaires par le médecin-conseil, cette décision doit être confirmée par le médecin chargé de l'admission ou du médecin traitant.
- « **NHSC** » désigne le National Health Service Corps, un programme de l'Administration fédérale des ressources et des services de santé (Federal Health Resources & Services Administration) qui soutient les travailleurs de la santé qualifiés servant dans les zones à fort besoin.
- « **Organisation** » désigne l'Ascension St Vincent Medical Group.
- « **Patient** » désigne les personnes qui reçoivent des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires au sein de l'Organisation et la personne qui est financièrement responsable des soins du Patient.

Aide financière fournie

L'aide financière décrite dans cette section se limite aux Patients qui résident dans la Communauté :

1. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'aide financière, les Patients dont le revenu est inférieur ou égal à 250 % du revenu fédéral au niveau de la pauvreté (« FPL ») seront admissibles à des soins caritatifs à 100 % sur la partie des frais de services dont le Patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si

ce Patient est jugé admissible en vertu de l'évaluation de solvabilité (décrite au paragraphe 5 ci-dessous), ou s'il soumet une demande d'aide financière (une « Demande ») au plus tard le 240e jour après la première facture de sortie du Patient et que la Demande est approuvée par l'Organisation. Le Patient sera admissible à une aide financière allant jusqu'à 100 % s'il soumet la demande après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas, le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est alors limité au solde impayé après avoir pris en compte tout paiement effectué sur son compte. Un Patient admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés. Conformément aux exigences du NHSC, la demande et l'utilisation d'un numéro de sécurité sociale du Patient n'incluront pas la détermination du statut de citoyenneté.

2. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'aide financière, les Patients dont les revenus sont supérieurs à 250 % du FPL, mais ne dépassant pas 400 % du FPL, bénéficieront d'une réduction dégressive sur la partie des frais des services fournis dont le Patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si ce Patient soumet une demande au plus tard le 240e jour après la première facture de sortie et si la demande est approuvée par l'Organisation. Le Patient sera admissible à l'aide financière sous forme de réduction à échelle variable s'il soumet la demande après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est limité au solde impayé après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du Patient. Un Patient admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés. Le barème dégressif est le suivant :

- Les Patients entre 251 % du FPL et 300 % du FPL seront aidés à hauteur de 90 %.
- Les Patients entre 301 % du FPL et 350 % du FPL seront aidés à hauteur de 85 %.
- Les Patients entre 351 % du FPL et 400 % du FPL seront aidés à hauteur de 80 %.

	Niveau d'aide financière et % du FPL				
	100 %	90 %	85 %	80 %	58 %
	Niveau de revenu ne dépassant pas	Niveau de revenu dépassant			
		250 %	250 %	300 %	350 %
Taille de la famille					
1	\$ 32,200.00	\$ 32,200.00	\$ 38,640.00	\$ 45,080.00	\$ 51,520.00
2	\$ 43,550.00	\$ 43,550.00	\$ 52,260.00	\$ 60,970.00	\$ 69,680.00
3	\$ 54,900.00	\$ 54,900.00	\$ 65,880.00	\$ 76,860.00	\$ 87,840.00
4	\$ 66,250.00	\$ 66,250.00	\$ 79,500.00	\$ 92,750.00	\$ 106,000.00
5	\$ 77,600.00	\$ 77,600.00	\$ 93,120.00	\$ 108,640.00	\$ 124,160.00
6	\$ 88,950.00	\$ 88,950.00	\$ 106,740.00	\$ 124,530.00	\$ 142,320.00
7	\$ 100,300.00	\$ 100,300.00	\$ 120,360.00	\$ 140,420.00	\$ 160,480.00
8	\$ 111,650.00	\$ 111,650.00	\$ 133,980.00	\$ 156,310.00	\$ 178,640.00
9	\$ 123,000.00	\$ 123,000.00	\$ 147,600.00	\$ 172,200.00	\$ 196,800.00
10	\$ 134,350.00	\$ 134,350.00	\$ 161,220.00	\$ 188,090.00	\$ 214,960.00

3. Sous réserve d'autres dispositions de la présente politique d'aide financière, un Patient dont le revenu est supérieur à 400 % du FPL peut être admissible à une aide financière dans le cadre d'un « Examen des ressources » pour une réduction de frais pour les services fournis par l'Organisation sur la base de la totalité de la créance médicale du Patient. Un Patient aura droit à une aide financière après l'examen de ses ressources, s'il présente une créance médicale totale trop élevée, y compris une créance médicale envers Ascension et tout autre prestataire de soins de santé, pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, égale ou supérieure au revenu brut du ménage de ce Patient. Le niveau de l'aide financière fournie dans le cadre de l'examen des ressources est le même que celui qui est accordé à un Patient dont les revenus sont égaux à 400 % du FPL en vertu du paragraphe 2 ci-dessus, si ce Patient soumet une demande au plus tard le 240^e jour suivant la première facture de sortie et si la demande est approuvée par l'Organisation. Le Patient aura droit à l'aide financière sous forme de réduction après examen de ressources, s'il soumet la demande après le 240^e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est limité au solde impayé après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du Patient. Un Patient admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés.
4. Conformément aux exigences du NHSC, les Patients dont le revenu est inférieur ou égal à 200 % du FPL seront admissibles à une aide financière basée uniquement sur leur revenu et la taille de leur famille et aucun autre facteur. Les Patients dont le revenu est égal ou supérieur à 201 % du FPL peuvent ne pas être éligibles à l'aide financière décrite aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus s'ils sont considérés comme ayant suffisamment d'actifs pour payer conformément à un « Test des actifs ». Le test des actifs implique une évaluation substantielle de la capacité de paiement d'un Patient sur la base des catégories d'actifs mesurés dans la demande FAP secondaire. Un Patient dont les actifs dépassent 250 % du montant de son FPL peut ne pas avoir droit à une aide financière. Notez que les directives FPL sont mises à jour avec des mises à jour fédérales annuelles au cours du premier trimestre de chaque année.
5. L'admissibilité à l'aide financière peut être déterminée à tout moment dans le cycle de revenus et peut inclure l'utilisation d'une évaluation de solvabilité pour un Patient ayant un solde impayé suffisant dans les 240 premiers jours suivant la première facture de sortie afin de déterminer l'admissibilité à 100 % des soins caritatifs, nonobstant le fait que le Patient n'ait pas rempli de demande d'aide financière (« demande de FAP »). Si le Patient bénéficie d'une aide caritative à 100 % sans soumettre de Demande de FAP dûment remplie et uniquement par le biais d'une évaluation de solvabilité, le montant de l'aide financière auquel le Patient a droit est limité au solde impayé du Patient, après prise en compte de tout paiement effectué sur son compte. Une détermination de l'admissibilité basée sur une évaluation de solvabilité ne s'applique qu'à la période de soins pour laquelle l'évaluation de solvabilité est effectuée.
6. Dans le cas d'un Patient avec un revenu supérieur à 200 % du FPL affilié à certains programmes d'assurance qui considèrent l'Organisation comme « hors réseau », l'Organisation 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.

7. Afin de faciliter l'accès et l'utilisation pour les Patients, l'éligibilité aux remises pour les Patients dont le revenu est inférieur ou égal à 200 % du FPL est basée sur le revenu et la taille de la famille et sur aucun autre facteur (par exemple, les actifs, le statut d'assurance [y compris l'éligibilité à Medicare et à Medicaid], participant au marché de l'assurance-maladie, citoyenneté, type de population), conformément aux directives de la National Health Service Corporations.
8. Le Patient peut faire appel de tout refus d'admissibilité à l'aide financière en fournissant des informations supplémentaires à l'Organisation dans les quatorze (14) jours civils suivant la réception de la notification de refus. Tous les recours seront examinés par l'Organisation qui formulera une décision définitive. Si la décision définitive confirme le précédent refus de l'aide financière, une notification écrite sera envoyée au Patient. La procédure à suivre par les Patients et les familles pour faire appel des décisions de l'Organisation concernant l'éligibilité à l'aide financière est la suivante :
 - a. Le Patient ou sa famille doit introduire un recours directement auprès du conseiller financier avec lequel il travaille. Le Patient ou sa famille doit inclure une lettre/un formulaire détaillé indiquant les circonstances financières spécifiques justifiant le recours, ainsi que tout document financier et juridique à l'appui de la lettre.
 - b. Tous les recours seront examinés par le comité de recours de l'aide financière de l'Organisation, et les décisions du comité seront envoyées par écrit au Patient ou à la famille qui a déposé le recours.

Autre aide pour les Patients non admissibles à l'aide financière

Les Patients qui n'ont pas droit à l'aide financière comme décrit ci-dessus peuvent toujours avoir recours à d'autres types d'assistance fournis par l'Organisation. 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 au sein de la communauté desservie par l'Organisation.

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 Organisation. Le payeur de la part la plus élevée doit représenter au moins 3 % de la population de l'Organisation mesurés en termes de volume ou de revenus bruts des Patients. Si un seul payeur ne représente pas ce niveau minimum de volume, il sera procédé à la moyenne des contrats payeurs afin que les modalités de paiement utilisées pour la détermination de la moyenne de compte représentent au moins 3 % du volume des activités de l'Organisation pour l'année donnée.
2. Les Patients non assurés et assurés qui n'ont pas droit à une aide financière peuvent bénéficier d'une réduction pour paiement rapide. La réduction pour paiement rapide peut être offerte en plus de la réduction non assurée décrite dans le paragraphe précédent.

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

Les Patients admissibles à une aide financière ne seront pas individuellement facturés un montant supérieur à l'AGB pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires ni de frais supérieurs aux frais bruts pour d'autres soins médicaux. L'Organisation calcule un ou plusieurs pourcentages de l'AGB en appliquant la méthode dite « rétrospective » et en incluant le programme de « rémunération à l'acte » (fee-for-service) de Medicare ainsi que toutes les assurances de santé privées qui versent des indemnités à l'Organisation, conformément à 501(r). Une copie gratuite de la description du calcul de l'AGB et du ou des pourcentages peut être obtenue sur le site Web de l'organisation, ou en demandant une copie par courrier au service client d'Ascension Wisconsin.

Souscription à l'aide financière ou à une autre aide

Un Patient peut avoir droit à l'aide financière via le système de notation présumée ou en sollicitant la souscription par l'envoi du formulaire de Demande de FAP. La demande et les instructions de demande de FAP sont disponibles sur le site Web de l'Organisation, en contactant le HOPE Program Ascension St. Vincent's Medical Group, en faisant une demande en personne dans les zones d'inscription des cliniques ou en demandant à tout conseiller financier Ascension St. Vincent Medical Group. Un Patient peut se voir refuser une aide financière si celui-ci fournit de fausses informations sur une demande FAP ou dans le cadre du processus d'éligibilité à la notation présumée, si le Patient refuse de céder le produit de l'assurance ou le droit d'être payé directement par une compagnie d'assurance qui peut être obligée payer les soins prodigués. L'Organisation peut prendre en considération une Demande de FAP remplie moins de six mois avant toute date de détermination de l'admissibilité pour prendre une décision sur l'admissibilité pour la période de soins en cours. L'Organisation ne prendra pas en compte une Demande de FAP remplie plus de six mois avant toute date de détermination de l'éligibilité. Notez que ce délai de six mois est la fréquence à laquelle l'admissibilité de la famille serait évaluée.

Comme indiqué dans la lettre d'accompagnement de la demande d'aide financière, les Patients sont priés de fournir une copie d'au moins l'un des éléments suivants comme preuve de revenu :

- Copies des 3 derniers bulletins de salaire provenant de l'employeur.
- Copies de la dernière déclaration d'impôts annuelle (si vous êtes indépendant, veuillez inclure toutes les annexes).
- Lettre d'attribution de la sécurité sociale et/ou de la pension de retraite
- La dernière déclaration d'impôts annuelle du parent ou du tuteur, si le demandeur est une personne à charge figurant sur son formulaire fiscal et est âgé de moins de 25 ans.
- Tout autre document de validation de revenus
- Copie du reçu des prestations de chômage

Facturation et recouvrement

Les actions que l'Organisation peut entreprendre dans le cas d'un défaut de paiement sont décrites dans une politique séparée concernant la politique de facturation et de recouvrement. Un exemplaire gratuit de la politique de facturation et de recouvrement peut être obtenu sur le site Web de l'Organisation ou en appelant Ascension St. Vincent's Medical Group.

Interprétation

Sauf indication contraire, cette politique, ainsi que toutes les procédures applicables, visent à se conformer à l'Article 501(r) et doivent être interprétées et appliquées conformément à celui-ci et aux exigences du NHSC.

Annonce du programme d'aide financière

Les sites d'Ascension rendront publiques toutes les politiques d'aide financière/de grille de frais variables sur des sites Web des différents sites. La Politique d'aide financière et les documents de demande seront disponibles dans les différents sites et seront facilement accessibles au personnel travaillant avec l'assurance des Patients et les informations de facturation. De plus, conformément aux exigences du NHSC, les sites du NHSC afficheront spécifiquement une signalisation visible dans les salles d'attente des Patients qu'Ascension ne fait pas de discrimination dans la prestation de services à un individu si :

- La personne est incapable de payer
- Le paiement des services serait effectué sous :
 - Medicare
 - Medicaid
 - Children's Health Insurance Program (CHIP)

La signalisation indiquera également qu'un programme d'aide financière/frais variables est disponible.