

Sacred Heart Health System, Inc.
d/b/a Ascension Sacred Heart,
d/b/a Ascension Sacred Heart Pensacola
d/b/a Ascension Sacred Heart Emerald Coast
d/b/a Ascension Sacred Heart Gulf
Bay County Health System, LLC
d/b/a Ascension Sacred Heart Bay

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

01/07/24

POLITIQUE/PRINCIPES

La politique des organisations désignées ci-dessous (chacune étant désignées par le terme « l'Organisation ») vise à assurer une pratique socialement juste pour la fourniture de soins d'urgence et 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.

1. Toutes les aides financières mises en œuvre reflèteront notre engagement et notre souci de la dignité humaine et du 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.
2. Cette politique s'applique à tous les soins d'urgence et 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 font pas partie des soins d'urgence et 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 locaux de l'Organisation 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®** » désigne la section 501(r) du Code des impôts américain (Internal Revenue Code) et les règlements promulgués en vertu de celle-ci.
- Le « **montant généralement facturé** » ou « **MGF** » désigne, en ce qui concerne les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, le montant généralement facturé aux personnes bénéficiant d'une assurance couvrant ces soins.
- La « **communauté** » désigne Sacred Heart Health System, Inc., opérant sous le nom commercial Ascension Sacred Heart, opérant sous le nom commercial Ascension Sacred Heart Pensacola pour inclure les comtés d'Escambia et de Santa Rosa, opérant sous le nom commercial Ascension Sacred Heart Emerald Coast pour inclure les comtés d'Okaloosa et de Walton, opérant sous le nom commercial Ascension Sacred Heart Gulf pour inclure les comtés de Gulf et de Franklin, et Bay County Health System pour inclure le comté de Bay. Un patient sera également considéré comme membre de la communauté de l'organisation si les soins d'urgence et médicalement nécessaires dont il a besoin s'inscrivent dans la continuité des soins d'urgence et médicalement nécessaires reçus dans un autre établissement Ascension Health où le patient a pu bénéficier d'une aide financière pour ces soins d'urgence et médicalement nécessaires.

- « **soins d'urgence** » signifie [soigner une affection médicale se manifestant par des symptômes aigus suffisamment graves (y compris une douleur intense) tels que l'absence de soins médicaux immédiats peut entraîner une grave altération des fonctions corporelles, un dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie du corps, ou mettre gravement en danger la santé de la personne.
- Les « **soins médicalement nécessaires** » désignent des soins qui sont (1) appropriés, cohérents et essentiels à la prévention, au diagnostic ou au traitement de l'état d'un patient ; (2) les soins ou le niveau de service les plus appropriés à l'état du patient et pouvant être fournis en toute sécurité ; (3) non fournis principalement pour la commodité du patient, de sa famille, de son médecin ou de son aidant ; et (4) plus susceptibles d'être bénéfiques pour le patient que nuisibles. Pour que les futurs soins programmés soient qualifiables de « 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). Dans le cas où les soins demandés par un patient couvert par cette police sont jugés non nécessaires sur le plan médical par un médecin examinateur, cette décision doit également être confirmée par le médecin traitant ou le médecin référent.
- L'« **Organisation** » désigne Sacred Heart Health System, Inc., exerçant sous les noms commerciaux Ascension Sacred Heart, Ascension Sacred Heart Pensacola, Ascension Sacred Heart Emerald Coast, Ascension Sacred Heart Gulf, et Bay County Health System, LLC, exerçant sous le nom commercial Ascension Sacred Heart Bay
- Le « **patient** » désigne les personnes qui reçoivent des soins d'urgence et d'autres soins médicaux nécessaires au sein de l'Organisation, ainsi que la personne financièrement responsable des soins prodigués au 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 250¹% du seuil fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level, « FPL ») pourront bénéficier d'une prise en charge à 100 % des frais liés aux services dont ils sont redevables après paiement par un assureur, le cas échéant, si ces patients sont jugés éligibles selon le barème présomptif (décrit au paragraphe 5 ci-dessous) ou s'ils soumettent une demande d'aide financière (une « demande » au plus tard le 240^e jour suivant 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 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 alors limité au solde impayé après avoir pris en compte tout paiement effectué sur son compte. Un patient éligible à cette catégorie d'aide financière ne se verra pas facturer plus que les frais calculés par l'AGB.
2. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'aide financière, les patients dont les revenus sont supérieurs à 250²% du FPL mais ne dépassent pas 400³% du FPL bénéficieront d'une réduction proportionnelle à leurs revenus sur la partie des frais liés aux services fournis dont ils sont redevables après paiement par un assureur, le cas échéant, si ces patients soumettent une demande au plus tard le 240^e jour suivant la première facture de sortie du patient et que cette demande est approuvée par l'organisation. Le patient pourra bénéficier de l'aide financière de remise progressive si le patient soumet sa demande après le 240^e jour après la première facture de sortie du patient, mais ensuite, le montant de l'aide financière

disponible pour un patient de cette catégorie est limité au solde impayé du patient après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du patient. Un(e) Patient(e) admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé(e) plus que les frais de l'AGB calculés. Le barème dégressif est le suivant :

Ascension Sacred Heart Pensacola

- Les patients entre 251 % du FPL et 300 % du FPL seront aidés à hauteur de 90 %
- Les patients entre 301 % de FPL et 330 % de FPL recevront une aide de 75 %

Ascension Sacred Heart Emerald Coast

- Les patients entre 251 % du FPL et 300 % du FPL seront aidés à hauteur de 90 %
- Les patients entre 301 % de FPL et 348 % de FPL recevront une aide de 80 %

Ascension Sacred Heart Gulf

- Les patients entre 251 % du FPL et 300 % du FPL seront aidés à hauteur de 90 %
- Les patients entre 301 % de FPL et 331 % de FPL recevront une aide de 80 %

Ascension Sacred Heart Bay

- Les patients entre 251 % du FPL et 300 % du FPL seront aidés à hauteur de 90 %
- Les patients entre 301 % de FPL et 354 % de FPL recevront une aide de 82 %

3. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'aide financière, un patient dont le revenu est supérieur à 400⁴ % du FPL peut être admissible à une aide financière dans le cadre d'un « examen des ressources » afin d'obtenir une réduction des frais facturés par l'organisation pour les services fournis, en fonction du montant total de la dette médicale du patient. Un patient sera admissible à une aide financière conformément à l'évaluation des ressources financières s'il a des dettes médicales totales excessives, qui comprennent les dettes médicales envers Ascension et tout autre prestataire de soins de santé, pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, qui sont égales ou supérieures au revenu brut du ménage dudit patient. Le niveau d'aide financière accordé conformément à l'évaluation des ressources est le même que celui accordé à un patient dont le revenu atteint 400¹⁰ % du seuil fédéral de pauvreté (FPL) conformément au paragraphe 2 ci-dessus, si ce patient soumet une demande au plus tard le 240e jour suivant la date de sa première facture de sortie et que cette 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 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 paiera pas plus que les frais calculés par l'AGB.
 4. Un patient peut ne pas être éligible à l'aide financière décrite aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus s'il est considéré comme ayant suffisamment d'actifs pour payer conformément à un « Test d'actifs ». Le test des actifs implique une évaluation substantielle de la capacité de paiement d'un patient sur la base des catégories d'actifs mesurées dans la demande FAP. Un Patient dont les actifs dépassent 250 % du montant de son FPL peut ne pas avoir droit à une aide financière.
-

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'éligibilité basée sur une évaluation de solvabilité ne s'applique qu'à la période de soins pour laquelle l'évaluation de solvabilité est effectuée.
6. Pour un patient qui participe à certains régimes d'assurance qui considèrent l'Organisation comme « hors réseau », l'Organisation peut réduire ou refuser l'aide financière qui serait autrement offerte au patient après examen des informations relatives à son assurance et d'autres faits et circonstances pertinents.
7. Le Patient peut faire appel de tout refus d'éligibilité 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 détermination finale 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. Tous les appels doivent être soumis par écrit et envoyés par courrier à l'adresse suivante : Ascension Sacred Heart, Financial Counseling Manager, P O Box 2488, Pensacola, FL 32513
 - 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 Patient(e)s non assuré(e)s 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 mesurée 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 ne sont pas éligibles à une aide financière **peuvent** bénéficier d'une remise pour paiement rapide. La remise pour paiement rapide peut être offerte en plus de la remise pour non-assurance décrite dans le paragraphe précédent.

Limitations concernant les frais des Patients qui n'ont pas droit à l'aide financière

Les Patients qui ont droit 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 » 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 des pourcentages peut être obtenue sur le site Web de l'Organisation ou en appelant le service clientèle.

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. Le formulaire de demande FAP et les instructions pour remplir ce formulaire sont disponibles sur le site Web de l'organisation à l'adresse <https://healthcare.ascension.org/Billing/Florida> ou en vous rendant dans n'importe quel service d'enregistrement des patients, ou encore par courrier en appelant notre service clientèle. L'Organisation demandera aux personnes non assurées de travailler avec un conseiller financier pour demander à bénéficier de Medicaid ou d'autres programmes d'aide publique, pour lesquels le patient est considéré comme potentiellement admissible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est admissible et approuvé par une évaluation de solvabilité). Un Patient peut se voir refuser une aide financière s'il fournit de fausses informations sur une Demande de FAP ou dans le cadre de la procédure d'admissibilité par évaluation de solvabilité, s'il refuse de céder le produit de l'assurance ou le droit d'être payé directement par une compagnie d'assurance qui pourrait être obligée de payer pour les soins fournis, ou s'il refuse de travailler avec un conseiller financier pour demander à bénéficier de Medicaid ou autres programmes d'assistance publique pour lesquels il est considéré comme potentiellement admissible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est admissible et approuvé par évaluation de solvabilité). L'Organisation peut prendre en considération une Demande de FAP remplie moins de six mois avant toute date de détermination de l'éligibilité pour prendre une décision sur l'éligibilité pour la période de soins en cours. L'Organisation ne prendra pas en considération les demandes FAP remplies plus de six mois avant la date de détermination de l'éligibilité.

Facturation et recouvrement

Les actions que l'Organisation 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 peut être obtenue sur le site Web de l'Organisation ou en appelant le service clientèle au 1-866-869-9677.

Interprétation

Cette politique, ainsi que toutes les procédures applicables, sont destinées à se conformer à la Section 501(r) et doivent être interprétées et appliquées conformément à celui-ci, sauf indication contraire.