

Saint Thomas Health

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

1er juillet 2025

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. Cette politique s'applique à chacune des organisations suivantes au sein de Saint Thomas Health dba Ascension Saint Thomas :

Saint Thomas DeKalb Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas DeKalb; Saint Thomas Hickman Hospital, dba Ascension Saint Thomas Hickman; Saint Thomas Highlands Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas Highlands; Saint Thomas River Park Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas River Park; Saint Thomas Rutherford Hospital, dba Ascension Saint Thomas Rutherford; Saint Thomas Midtown Hospital; Saint Thomas Stones River Hospital, LLC, dba Ascension Saint Thomas Stones River; Saint Thomas West, dba Ascension Saint Thomas Hospital, Ascension Saint Thomas Midtown, Ascension Saint Thomas West, Ascension Saint Thomas Three Rivers. Ascension Saint Thomas Hospital for Specialty Surgery.

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 les douze (12) comtés du Middle Tennessee, à savoir : Cannon, Davidson, DeKalb, Hickman, Rutherford, Warren, White, Montgomery, Putnam, Sumner, Williamson, Wilson et Humphrey. Un patient sera également considéré comme membre de la Communauté de l'Organisation si les soins d'urgence et médicalement nécessaires

dont le patient a besoin sont la continuité des soins d'urgence et médicalement nécessaires reçus dans un autre établissement de santé de la Ville où le patient a les qualifications requises pour une aide financière pour ces soins d'urgence et médicalement nécessaires.

- Les « **soins d'urgence** » désignent les soins prodigués pour traiter un problème médical se manifestant par des symptômes aigus suffisamment graves (y compris une douleur intense) pour que l'absence de soins médicaux immédiats puisse entraîner une altération grave 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 de santé d'un patient ; (2) les soins ou le niveau de service les plus appropriés à l'état de santé du patient et pouvant être fournis en toute sécurité. (3) ne sont pas fournis principalement pour la commodité du patient, de sa famille, de son médecin ou de son aidant ; et (4) sont 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 pris en charge par cette politique sont jugés ne pas être médicalement indispensables par le médecin chargé d'étudier sa demande, cette détermination doit être confirmée par le médecin à l'origine de son admission ou de la recommandation.
- L'« **Organisation** » désigne Saint Thomas Health
- Le « **patient** » désigne les personnes qui reçoivent des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires dans 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(e) Patient(e) admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé(e) plus que les frais de l'AGB calculés.
-

2. Sous réserve des autres dispositions de cette politique d'aide financière, les patients ayant des revenus supérieur à 250 % du FPL mais ne dépassant pas 400 % du FPL, le patient bénéficiera d'une réduction progressive sur cette partie des frais pour les services fournis dont le patient est responsable après le paiement par un assureur, le cas échéant, si ce patient soumet une Demande au plus tard le 240e jour suivant la première sortie du patient et l'approbation de la Demande 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(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 :

Les patients entre 251 % de FPL et 300 % de FPL recevront 86 % d'aide

Les patients entre 301 % de FPL et 350 % de FPL recevront 81 % d'aide

Les patients entre 351 % de FPL et 400 % de FPL recevront 79 % d'aide

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 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 financières est le même que celui accordé à un patient dont le revenu atteint 400 % du seuil de pauvreté fédéral (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(e) Patient(e) admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé(e) plus que les frais de l'AGB calculés.
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 du cycle de revenus et peuvent inclure l'utilisation d'une présomption d'échec pour un patient ayant un solde impayé suffisant dans les 240 premiers jours après la première facture de sortie du patient pour déterminer son admissibilité à des soins bénévoles à 100 %, nonobstant le fait que le patient n'a pas rempli une demande d'aide financière (demande 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. Dans le cas d'un Patient 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. Les patients éligibles à une aide financière peuvent se voir facturer des frais fixes symboliques, mais le montant ne peut dépasser le moindre des deux montants suivants : (a) l'AGB ou (b) le plus élevé des deux montants suivants : 20 \$ ou 10 % du montant dont le patient sera redevable après application de l'assurance ou d'autres paiements de tiers pour les services. Le forfait nominal ne dépassera pas les frais de l'AGB pour les services.]⁵
8. 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. Appel du patient accompagné des pièces justificatives en écrivant au service d'aide financière d'Ascension Saint Thomas, P O. Box 100983; Atlanta GA 30384.
 - 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 le mieux payé doit représenter au moins 3 % du public de l'Organisation tel que déterminée par le volume ou les revenus bruts des patients. Si un seul payeur ne représente pas ce niveau minimum de volume, il convient de faire la moyenne de plusieurs contrats de payeurs afin que les conditions de paiement utilisées pour le calcul de la moyenne représentent au moins 3 % du volume d'activité de l'organisation pour l'année considérée.
2. Les Patient(e)s non assuré(e)s et assuré(e)s 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.
 3. Nonobstant toute disposition contraire dans la présente politique, un patient non assuré ne se verra en aucun cas facturer plus de 175 % du coût des services reçus, calculé conformément au T.C.A. 68-11-262, tel que modifié de temps à autre.

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 du ou des pourcentages peut être obtenue sur le site Web de l'organisation ou en écrivant à Ascension Saint Thomas Financial Assistance Department P O. Box 100983; Atlanta GA 30384.

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 d'aide financière et les instructions pour remplir ce formulaire sont disponibles sur le site Web de l'organisation ou en écrivant à Ascension Saint Thomas Financial Assistance Department, P O. Box 100983; Atlanta GA 30384. 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 une Demande de FAP remplie plus de six mois avant toute 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 Internet de l'Organisation ou en écrivant au Service d'aide financière à l'adresse Ascension Saint Thomas Financial Assistance Department, P O. Box 100983; Atlanta GA 30384.

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.