

ASCENSION SETON

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

01 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 d'Ascension Seton :

- Centre médical pour enfants Dell du centre du Texas
- Centre médical Ascension Seton d'Austin
- Ascension Seton Hays
- Ascension Seton Williamson
- Ascension Seton Northwest
- Ascension Seton Southwest
- Ascension Seton Edgar B. Davis
- Ascension Seton Highland Lakes
- Ascension Seton Smithville
- Centre médical Dell Seton de l'université du Texas
- Centre médical régional de Cedar Park

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 « **AGB** » désigne, en ce qui concerne les soins d'urgence et les autres soins médicalement nécessaires, le montant généralement facturé aux personnes bénéficiant d'une assurance qui prend en charge de ces soins.
- « **Communauté** » désigne les zones géographiques, regroupées par comtés, utilisées par Ascension Seton pour la planification dans le centre du Texas : 1.) Centre – Comté de Travis, 2.) Sud – Comtés de Hays et Caldwell, 3.) Nord – Comté de Williamson, 4.) Ouest – Comtés de Burnet, Blanco et Llano, et 5.) Est – Comtés de Bastrop, Fayette, et Lee, et le comté de San Saba. 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.
- Les « **soins d'urgence** » désignent un travail ou un état médical d'une gravité telle que l'absence de soins médicaux immédiats pourrait raisonnablement compromettre gravement la santé du patient (ou de l'enfant à naître), entraîner une altération grave des fonctions corporelles ou un dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie du corps.
- Les « **soins médicalement nécessaires** » désignent les 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.
- « **Organisation** » désigne Ascension Seton, qui comprend :
 - Centre médical pour enfants Dell du centre du Texas
 - Centre médical Ascension Seton d'Austin
 - Ascension Seton Hays
 - Ascension Seton Williamson
 - Ascension Seton Northwest
 - Ascension Seton Southwest
 - Ascension Seton Edgar B. Davis
 - Ascension Seton Highland Lakes
 - Ascension Seton Smithville
 - Centre médical Dell Seton de l'université du Texas
 - Centre médical régional de Cedar Park
- 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 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 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(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 dont le revenu se situe entre 251 % et 300 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL) bénéficieront d'une aide de 95 %. Les patients dont le revenu se situe entre 301 % et 350 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL) bénéficieront d'une aide de 90 %.

Les patients dont le revenu se situe entre 351 % et 400 % du revenu familial de référence bénéficieront d'une aide de 85 %

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 patient éligible à cette catégorie d'aide financière ne paiera pas plus que les frais 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 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. 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 admissibles à une aide financière peuvent se voir facturer des honoraires forfaitaires nominaux allant jusqu'à 30 \$ pour les services. Le forfait nominal ne dépassera pas le montant AGB pour les services.
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 émettra une détermination finale. 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. Les patients et leur famille peuvent envoyer une lettre d'appel écrite par courrier au service des services financiers aux patients. Les patients et leurs familles peuvent envoyer une lettre de recours écrite par courrier au service des finances des patients. La lettre d'appel doit inclure des informations financières qui n'ont pas été prises en compte dans la demande d'aide financière initiale du patient et qui sont importantes pour réexaminer l'éligibilité du patient à bénéficier d'une aide caritative. En plus de la lettre d'appel écrite, les patients et leurs familles doivent joindre les documents relatifs à la demande de réexamen mentionnés dans la lettre d'appel. Sans les documents appropriés, l'examen de l'appel peut être retardé jusqu'à réception des documents appropriés. La lettre d'appel et la documentation justificative doivent être expédiées aux services financiers aux patients au P.O. Box 204301 Dallas TX, 75320-4301.
- 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 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.

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 sur demande dans n'importe quel service des admissions. Les patients peuvent également demander une copie gratuite du calcul et du pourcentage AGB par courrier en appelant le service financier des patients au 800-749-7624 afin qu'une copie leur soit envoyée à leur adresse postale.

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 relatives à la demande FAP sont disponibles sur le site Web de l'organisation ou sur demande au moment du service. Si un patient souhaite demander une aide financière après le(s) jour(s) de service, il peut accéder au formulaire de demande FAP et aux instructions relatives à la demande FAP et les imprimer directement à partir du site Web d'Ascension Seton. Les patients peuvent également demander une copie du formulaire de demande FAP et des instructions relatives à la demande FAP par courrier postal. Pour obtenir une copie des documents par courrier, les patients doivent appeler le service des services financiers aux patients au 800-749-7624. Dans chacun des lieux accessibles susmentionnés, le formulaire de demande FAP et les instructions relatives à la demande FAP sont disponibles en anglais, espagnol, chinois, vietnamien, coréen et arabe. L'Organisation pourra exiger des personnes non assurées qu'elles fassent appel à un conseiller financier pour demander à bénéficier de Medicaid ou d'autres programmes d'aide publique auxquels elles pourraient prétendre afin d'être éligibles à une aide financière (sauf si elles sont éligibles et approuvées via un système de notation présomptive). 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 Web de l'organisation ou sur demande au moment du service. Les patients peuvent également demander une copie gratuite de la politique de facturation et de recouvrement par la poste. Pour obtenir une copie du document par courrier, les patients doivent appeler le service des services financiers aux patients au 800-749-7624.

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.