

## ASCENSION WISCONSIN

### POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE SECONDAIRE - NHSC 01/02/2025

#### 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 d'Ascension Wisconsin :

St Joseph's - Centre de consultation externe pour femmes et All Saints/AMG - WI Avenue Family Practice

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(r)** » 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 autres soins médicalement nécessaires, le montant généralement facturé aux personnes bénéficiant d'une assurance couvrant ces soins.
- La « **communauté** » désigne tout comté du Wisconsin qui dispose d'un établissement ou d'une clinique Ascension WI, y compris, mais sans s'y limiter, les comtés d'Outagamie, Winnebago, Calumet, Marathon, Portage, Lincoln, Oneida, Vilas, Clark, Milwaukee, Waukesha, Ozaukee, Washington, Racine, Kenosha et Jefferson. 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 sont 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.

- Les « **soins d'urgence** » désignent un état pathologique se manifestant par des symptômes aigus d'une gravité suffisante (y compris une douleur intense) pour que l'absence de soins médicaux immédiats puisse raisonnablement entraîner :
  1. La mise en danger de la santé de la personne ou, dans le cas d'une femme enceinte, la santé de la femme ou de son enfant à naître ;
  2. Une altération grave des fonctions corporelles ; Ou
  3. Un dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie du corps ; Ou
  4. en ce qui concerne une femme enceinte qui a des contractions ;
    - a. Le fait que le temps nécessaire nuise au transfert en toute sécurité vers un autre hôpital avant l'accouchement ; Ou
    - b. Ce transfert peut constituer une menace pour la santé ou la sécurité de la femme ou de l'enfant à naître.
- 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 du 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) qui ne sont pas fournis principalement pour la commodité du patient, de sa famille, de son médecin ou de son aidant ; et (4) qui 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 Ascension Wisconsin.
- 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.
- La « **famille** » désigne le demandeur d'aide financière, son conjoint et les personnes à leur charge qui remplissent les conditions requises par l'Internal Revenue Service (administration fiscale américaine).
- Le « **revenu** » désigne le revenu brut annuel provenant de toute forme d'emploi, de toute aide gouvernementale (à l'exception de l'aide alimentaire) ou de tout type de fonds d'investissement

### 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 remise selon un barème dégressif s'il soumet sa demande après le 240e jour suivant la date de sa première facture de sortie, mais le montant de l'aide financière disponible pour un patient de cette catégorie est alors limité au solde impayé du patient après prise en compte de tous les paiements effectués 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. Le barème dégressif est le suivant :

Pour les sites de la région sud (anciennement Wheaton Franciscan Healthcare et anciennement Columbia St. Mary's Hospital) :

***Le pourcentage indiqué correspond à la réduction en pourcentage de la responsabilité du patient.***

Famille Taille	Niveau d'aide à la charité et % du FPL						
	100 %	95 %	90 %	85 %	80 %	75 %	75 %
	250 % de FPL	275 % de FPL	300 % de FPL	325 % de FPL	350 % de FPL	375 % de FPL	400 % de FPL
Niveau de revenu ne dépassant pas							
1	39 125 \$	43 038 \$	46 950 \$	50 863 \$	54 775 \$	58 688 \$	62 600 \$
2	52 875 \$	58 163 \$	63 450 \$	68 738 \$	74 025 \$	79 313 \$	84 600 \$
3	66 625 \$	73 288 \$	79 950 \$	86 613 \$	93 275 \$	99 938 \$	106 600 \$
4	80 375 \$	88 413 \$	96 450 \$	104 488 \$	112 525 \$	120 563 \$	128 600 \$
5	94 125 \$	103 538 \$	112 950 \$	122 363 \$	131 775 \$	141 188 \$	150 600 \$
6	107 875 \$	118 663 \$	129 450 \$	140 238 \$	151 025 \$	161 813 \$	172 600 \$
7	121 625 \$	133 788 \$	145 950 \$	158 113 \$	170 275 \$	182 438 \$	194 600 \$
8	135 375 \$	148 913 \$	162 450 \$	175 988 \$	189 525 \$	203 063 \$	216 600 \$
9	149 125 \$	164 038 \$	178 950 \$	193 863 \$	208 775 \$	223 688 \$	238 600 \$
10	162 875 \$	179 163 \$	195 450 \$	211 738 \$	228 025 \$	244 313 \$	260 600 \$

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. 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.
5. 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.
6. 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. Le patient ou sa famille doit soumettre son appel directement au conseiller financier avec lequel il travaille. Le patient ou sa famille doit joindre une lettre/un formulaire détaillé indiquant les circonstances financières spécifiques qui justifient l'appel, ainsi que tous les documents financiers et juridiques à l'appui de cette 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 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 en en faisant la demande par courrier auprès du service clientèle 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. Le formulaire de demande FAP et les instructions pour remplir ce formulaire sont disponibles sur le site Web de l'organisation, en contactant le service clientèle d'Ascension Wisconsin, en vous rendant en personne dans tous les hôpitaux et cliniques, ou en vous adressant à n'importe quel conseiller financier d'Ascension Wisconsin. Une aide financière peut être refusée à un patient si celui-ci fournit de fausses informations dans sa demande d'aide financière ou dans le cadre du processus d'évaluation de son éligibilité présumée, ou s'il refuse de céder le produit de son assurance ou le droit d'être payé directement par une compagnie d'assurance qui pourrait être tenue de prendre en charge les soins prodigués. L'Organisation peut prendre en considération une demande FAP remplie moins de six mois avant toute date de détermination de l'admissibilité pour déterminer l'admissibilité à un épisode 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 en appelant le service clientèle d'Ascension Wisconsin.

## **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.

## **Ascension Wisconsin n'exercera aucune discrimination dans la prestation de services de soins de santé à un individu :**

1. Parce que le patient n'est pas en mesure de payer les services de santé ;
2. Parce que le paiement de ces services serait effectué dans le cadre de Medicare, Medicaid ou du programme d'assurance maladie pour enfants (CHIP) ; ou
3. En fonction de la race, de la couleur de peau, du sexe, de l'âge, de l'origine nationale, du handicap, de la religion, de l'identité sexuelle ou de l'orientation sexuelle du patient.