


| | |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Police d'Assistance Financière (Financial Assistance Policy) |  PennState Health Milton S. Hershey Medical Center |
| Hershey Medical Center – Services Financiers aux Patients | Police n°: PFS-051 |
| Remplace: Police d'Assistance Financière Octobre 2010 (Financial Assistance Policy October 2010) | À compter de: July 2016 |
| Autorisé par: Steve Massini, Chef des Finances (CFO) | |
| Approuvé par: Dan Angel, Directeur Principal du cycle du revenu (Senior Director Revenue Cycle) | |

Objet: définir les critères selon lesquels une demande d'assistance financière est faite et approuvée pour des patients admissibles qui reçoivent de nouveaux soins ou d'autres soins médicalement nécessaires, en accord avec la mission de Penn State Hershey Medical Center.

Directives de la procédure :

1) DÉFINITIONS :

a) **L'Assistance financière** représente la possibilité de recevoir des soins gratuits ou à coûts réduits. Les patients qui ne sont pas suffisamment assurés, ou qui sont dépourvus d'assurance et qui reçoivent des soins médicaux qui leur sont nécessaires, qui n'ont pas droit à une aide gouvernementale ou autre, et dont les revenus familiaux sont inférieurs ou égaux à 300% du seuil de pauvreté fédéral (U.S. Federal Poverty Level), pourront prétendre à des soins gratuits sous les auspices de cette politique.

b) **Un patient pas suffisamment assuré** est un individu sans assurance maladie obtenue auprès d'une assurance tierce, auprès d'un plan ERISA (ERISA plan), auprès du programme de santé Fédéral (Federal Health Care Program) y compris The Federal or State Health Insurance Marketplace, Medicare, Medicaid, SCHIP, et Tricare), auprès de Workers' Compensation ou de toute autre couverture pour la totalité des frais, ou une partie des frais. Les patients dont les dépenses ont atteint le maximum du total des frais couverts par leur assurance maladie, et recevant des services qui ne sont pas couverts selon les termes de leur police d'assurance, ne seront pas considérés comme des individus sans assurance.

c) **L'aide financière présomptive** fait référence à un individu présumé être dans le besoin et qui peut prétendre à une aide financière si le patient fournit suffisamment de renseignements adéquats, ou si les ressources technologiques permettent à Penn State Hershey Medical Center de déterminer que le patient a droit à une assistance financière. Certains facteurs déclenchant la Presumptive Charity incluent, sans toutefois s'y limiter, le fait d'être sans abri, de ne pas avoir de revenus, de remplir les conditions nécessaires pour participer au programme de WIC (Women's, Infants and Children's programs (WIC)), de remplir les conditions nécessaires pour recevoir des bons alimentaires, le fait que son adresse valide se trouve dans un logement social pour des personnes aux revenus bas , le cas de patients décédés et sans biens dont on ait connaissance, ou la participation à un programme de médicaments sur ordonnance financé par l'État.

d) **Les soins nécessaires d'un point de vue médical** font référence à des services de santé qu'un prestataire faisant preuve de jugement clinique prudent, rendrait à un patient dans un but de prévention, d'évaluation, de diagnostic ou de traitement d'une maladie, d'une blessure, d'une pathologie ou de ses symptômes, et qui sont

(1) en accord avec les standards de pratique médicale généralement acceptés

a- dans ce but " les standards de pratique médicale généralement acceptés" sont des standards basés sur des preuves scientifiques crédibles publiées dans des revues médicales à comité de lecture et généralement reconnues dans la communauté médicale pertinente, ou sinon en accord avec les standards décrits dans des polices publiées contenant un jugement clinique.

(2)-cliniquement adéquat, en termes de type, fréquence, degré, emplacement et durée, et considéré comme efficace pour la maladie, la blessure, ou la pathologie du patient.

(3)-pas prioritairement pour la convenance du patient, du médecin ou d'un autre prestataire de santé, et qui ne coûte pas plus cher qu'un service alternatif ou une séquence de services ayant des résultats thérapeutiques ou diagnostiques quant au diagnostic ou au traitement de la maladie, de la blessure, ou de la pathologie de ce patient.

(4) Les services, les fournitures médicales, ou les interventions tous considérés comme des investigations ou des expériences seront traités au cas par cas.

e) **Le seuil de pauvreté fédéral (Federal Poverty Income Levels)** tel que défini par le gouvernement fédéral est publié par le Department of Health and Human Services (HHS) dans le registre fédéral chaque année en janvier.

<http://aspe.hhs.gov/poverty/13poverty.cfm#guidelines>

f) **Définition du montant généralement facturée (Amount Generally Billed (AGB))** : le montant généralement facturé (AGB) ou limite des charges brutes est calculée par PSHMC grâce à la méthodologie de retour en arrière qui respecte la règle finale 501 R de l'IRS (service des impôts). PSHMC utilisera cette méthodologie pour calculer la moyenne des paiements de toutes les demandes de remboursement payées par des assureurs privés et Medicare. Les individus y ayant droit ne devront pas payer de montants plus élevés que les montants généralement facturés pour des soins médicaux seuls ou des soins médicaux d'urgence nécessaires. PSHMC mettra un exemplaire gratuit du calcul actuel du montant généralement facturé (AGB) à disposition des patients qui en font la demande.

g) **Les actifs liquides** représentent les biens disponibles pour contribuer au paiement des frais de santé tels que, l'argent liquide/ les comptes bancaires, les certificats de dépôt, les obligations, les actions, les fonds communs de placement, les prestations de retraite. Selon les termes définis dans Department of Health Services (DHS) Medical Assistance Bulletin, Hospital Uncompensated Care Program and Charity Plans Countable Assets n'incluent pas les biens non-liquides tels que les maisons, les véhicules, les équipements ménagers, les IRA et les comptes 401.

2) NOTIFICATION

- a) Cette police d'assistance financière, cette demande d'assistance financière et un résumé écrit en langage simple seront à la disponibilité du public qui en fait la demande.
- b) Les relevés de santé du patient contiendront des informations sur la disponibilité d'aide financière.
- c) Un avis expliquant cette police d'assistance financière sera affiché dans les salles d'attente de l'hôpital, des cliniques ainsi que sur le site Web de PSHMC.
- d) La police d'assistance financière et le formulaire de demande d'assistance financière seront disponibles sur tous les lieux de cliniques ambulatoires.
- e) Si la langue maternelle de quelque population représente plus de 10% de celle des résidents dans la zone géographique desservie e par PSHMC, la police d'assistance financière sera mise à disposition dans cette langue.
- f) La police d'assistance financière et la demande seront disponibles lors de tous les événements de sensibilisation communautaire auxquels PSHMC participe.

3) CRITÈRES D'ÉLÉGIBILITÉ

- a) L'assistance financière peut être accordée en fonction d'un revenu familial allant jusqu'à 300% du seuil de pauvreté fédéral (Federal Poverty Level). Les patients admissibles pourront recevoir des soins médicaux nécessaires gratuits, dont la totalité des coûts sera couverte à 100%.
- b) Une évaluation pour l'assistance financière exige d'abord de remplir le formulaire de demande d'assistance financière. Il doit être complet, signé par le garant et daté. (Voir ci-joint)
- c) Le patient doit être un résident américain ou bénéficiaire du statut de résidence permanente légale. (Doit résider aux États-Unis depuis une année au minimum)
- d) Avant que l'aide financière ne soit accordée, le patient doit faire un demande d'assistance médicale (Medical Assistance), une demande de Federal or State Insurance Marketplace (sauf s'il fournit une preuve d'exemption), ou faire une demande de paiement auprès de quelque tierce partie concernée.
- e) Toutes les autres options pour le paiement des frais médicaux ont été passées au crible. Cela inclut, mais sans toutefois s'y limiter, les collectes de fonds auprès d'églises ou du secteur privé, les organisations caritatives ou les subventions. L'absence de coopération de la part du patient ou du garant dans la recherche d'options alternatives pour le paiement, pourrait disqualifier le patient de la prise en considération pour l'obtention d'une d'assistance financière.

(1) L'assistance financière ne peut pas être offerte si le patient dispose de suffisamment d'actifs liquides pour payer les frais médicaux, et si la liquidation des actifs liquides ne fait pas subir de préjudice injustifié au patient.

(2) L'assistance financière sera accordée à tout patient décédé sur la base des critères établis dans le **Deceased Patient Process** (Processus dans le cas d'un patient décédé)

(3) Du fait de la disponibilité de cliniques offrant des soins gratuits (par exemple Hope Within, Centre Volunteers in Medicine, etc.) l'assistance financière pourra être accordée sur la base des informations recueillies ou déterminées par ces cliniques offrant des soins gratuits.

(4) Les services, les équipements médicaux ou les interventions considérés comme facultatifs ; cela inclut, mais sans toutefois s'y limiter, la chirurgie esthétique, les services in vitro ou d'infertilité, les lunettes, les appareils auditifs ou certaines interventions de court-circuit gastrique, etc.

(5) Les régimes d'assurance basés sur le revenu brut pour lesquels les soldes du patient incluent des quotes-parts ou des franchises, pourront être pris en considération pour l'assistance financière.

(6) la période d'éligibilité pour l'assistance financière est d'une année. PSHMC a le droit d'exiger, à sa discrétion, qu'une nouvelle demande soit faite ainsi qu'une évaluation des moyens financiers dont dispose le patient pour payer.

4) PROCÉDURE POUR DÉPOSER UNE DEMANDE

a) La demande d'assistance financière sera disponible en ligne sur le site web de PSHMC, en personne dans toutes les cliniques, ou par courrier.

b) Afin de s'assurer que le patient respecte les critères en termes de revenu et de la taille de sa famille, le patient doit fournir les documents pertinents suivants et dûment remplis comme justificatifs.

(1) déclaration d'impôt sur le revenu la plus récente (Federal Income Tax Return)

(2) Quatre (4) bulletins de salaire les plus récents

(3) Quatre (4) relevés de compte les plus récents

(4) Calcul des revenus selon la Sécurité Sociale (Social Security Income determination)

(5) Allocation chômage

(6) Allocation retraite

(7) Confirmation d'un partage suite à des règlements de succession ou à des règlements de différends (l'assistance financière ne sera pas envisagée avant le règlement final de la succession ou du litige)

(8) Assistance Médicale (Medical Assistance) ou avis de détermination de l'ACA (ACA Notice of Determination)

(9) Justificatif de citoyenneté ou de statut de résidence permanente légale (carte verte)

(10) Si le foyer ne dispose d'aucun revenu brut, une lettre d'individu(s) qui aide(nt) la famille à assurer à ses dépenses courantes

(11) Toute(s) autre(s) information(s) que PSHMC juge nécessaire(s) pour examiner la demande d'assistance financière, afin de déterminer les conditions requises pour recevoir l'assistance financière.

c) Si les informations fournies avec la demande ne sont pas suffisantes pour déterminer les conditions requises, le garant sera contacté afin de fournir des renseignements supplémentaires.

5) MÉTHODE D'ÉVALUATION ET PROCÉDÉ

a) Les niveaux d'approbation pour l'assistance financière sont indiqués ci-dessous:

| Niveau du personnel: | Conseillers financiers | Senior Associate | Responsable d'équipe/responsable | Directeur du cycle du revenu | Directeur Principal du cycle du revenu ou Chef des Finances |
|-----------------------------|-------------------------------|---------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| (Staff Level): | (Financial Counselors) | (Senior Associate) | (Team Manager/Manager) | (Director Revenue Cycle) | (Sr. Director Revenue Cycle or Chief Financial Officer) |
| Somme: | < \$500 | <\$5,000 | <\$25,000 | <\$50,000 | >\$50,000 |

b) Une fois la demande examinée, le patient ou le garant sera contacté par téléphone ou par courrier pour lui faire part de la décision.

c) L'individu qui prend la décision finale quant à l'assistance financière s'assurera que le dossier du patient contient tous les documents (Systèmes de signature et de facturation Eclipsy – (Signature and Eclipsys billing systems) et signera le formulaire de demande de mise en examen ("Request for Review"). Le dossier sera par la suite suivi et traité par un membre du personnel compétent.

d) En tant qu'institution, PSHMC pourra choisir de payer la prime d'assurance mensuelle, si le patient obtient le droit de bénéficier de l'assistance financière et peut également prétendre à des allocations cobra.

- e) L'acte caritatif accordé (l'assistance financière), toute dette déclarée auprès d'une agence d'évaluation du crédit sera retirée sous 30 jours.
- f) Une fois les ajustements de l'assistance financière mis en place quant aux comptes débiteurs du patient, tout paiement antérieur ou ultérieur, sera remboursé au patient.
- g) Les patients dont les comptes ont déjà été assignés à des agences de recouvrement peuvent néanmoins toujours faire une demande et se voir accorder leur demande d'aide financière.
- h) Si la demande d'aide financière est approuvée, un membre du personnel compétent se saisira de l'ajustement du système, identifiera et passera en revue toutes les visites médicales dans un dossier non-clos, identifiées à l'aide du numéro de dossier médical. Le membre du personnel pourra faire bénéficier le patient d'une réduction sur sa facture liée à l'assistance financière.

- (1) Des actions définies dans **Patient Responsibility Collection Policy PFS-021** pourraient être engagées si le patient ne contacte pas le bureau du conseiller financier et/ou s'il ne dépose pas ou s'il ne remplit pas dûment sa demande.
- (2) Un exemplaire de la demande d'aide financière et/ou toute information financière sera/seront conservé(e)(s) pendant sept ans, conformément à la politique institutionnelle de conservation des dossiers de PSHMC.
- (3) Des documents justificatifs ne seront peut-être pas nécessaires dans le cas de demandes supplémentaires pour une aide financière, à moins que les renseignements à présent dans le dossier n'aient changé.
- (4) La direction peut user de son pouvoir discrétionnaire, dans des situations exténuantes telles que, mais sans toutefois s'y limiter : (exemples ci-après) :
 - (i) Les revenus du patient dépassent la limite fixée par la directive de l'œuvre caritative (l'assistance financière) ; cependant, leurs dettes médicales dépassent leurs revenus annuels à cause de circonstances médicales exténuantes.
 - (ii) Le patient reçoit des indemnités suite à une poursuite en justice. Ces indemnités représentent un montant moins élevé que le solde du compte. Le patient ne dispose pas d'actifs liquides suffisants / de revenus suffisants pour payer la différence.
 - (iii) Le patient est prêt à emprunter de l'argent pour payer, mais n'a pas droit à un prêt couvrant la somme entière à rembourser sur son compte (vérification à obtenir auprès de l'organisme de crédit).
 - (iv) Le patient est prêt à liquider d'autres biens pour couvrir une partie de la somme à payer.
 - (v) Le patient ne remplit pas dûment la demande d'assistance financière, mais on dispose de suffisamment de renseignements quant aux revenus bruts et aux finances pour prendre une décision.

- 6) **Toutes les polices auxquelles ce document fait référence sont disponibles pour fins de consultation sur le site web de PSHMC et sont disponibles sur demande pour ceux qui souhaitent un exemplaire imprimé.**
- 7) **Cette police énonce un but bénévole, caritatif de Penn State Milton S. Hershey Medical Center. En conséquence, ni cette police ni une violation de cette police ne doivent s'interpréter pour créer quelque obligation légale de la part de l'hôpital ou quelque droit de la part de quelque patient ou d'une tierce partie.**

PERSONNE RESPONSABLE DU PASSAGE EN REVUE DE CETTE POLICE

Directeur, Services Financiers aux Patients

Passé en revue : 10/10. 02/16

Révisé : 10/10 ; 1/12, 12/14, 02/16