



Politique d'aide financière	PFS-051
Cycle des revenus du Penn State Health - Services financiers aux patients	En vigueur le : 01/07/2017

OBJECTIF

Définir les critères selon lesquels une aide financière (Financial Assistance) est demandée et approuvée chez les patients admissibles qui reçoivent des soins de première urgence et d'autres soins nécessaires du point de vue médical conformément à la mission du Penn State Health Hershey Community Medical Group (PSHCMG).

CHAMP D'APPLICATION

Tous les membres du personnel susceptibles d'entrer en contact avec un patient qui exprime des préoccupations financières.

DÉFINITIONS

Aide financière désigne la capacité de recevoir des soins gratuits ou à tarif réduit. Les patients non assurés/assurés et qui reçoivent des soins nécessaires du point de vue médical, qui ne sont pas admissibles à une assurance maladie gouvernementale ou autre, et dont le revenu familial est égal ou inférieur à 300 % du seuil de pauvreté fédéral des États-Unis seront admissibles pour recevoir des soins gratuits sous l'égide de la présente politique.

Patient non assuré désigne une personne qui n'a pas de protection d'assurance maladie par le biais d'un assureur tiers, d'un régime ERISA, d'un programme d'assurance maladie fédéral (y compris de la Bourse des assurances maladie fédérale ou étatique, Medicare, Medicaid, SCHIP et Tricare), d'une indemnisation des accidents du travail, de comptes d'épargne santé ou d'une autre couverture pour l'intégralité ou une partie des frais. Les patients qui ont épuisé leur protection d'assurance maladie ou qui reçoivent des services non pris en charge comme indiqué dans la police d'assurance du patient ne seront pas considérés comme non assurés.

Aide financière présumée fait référence à une personne qui est présumée incapable de payer et admissible à l'Aide financière lorsque des informations adéquates sont fournies par le patient par le biais de sources technologiques permettant au PSHHMC de déterminer que le patient est admissible à l'Aide financière. Les facteurs qui favorisent la bienfaisance présumée incluent, mais sans s'y limiter : être sans abri, sans revenus, l'admissibilité aux programmes pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC), l'admissibilité aux coupons alimentaires, un logement pour

personnes à faibles revenus comme adresse valide, les patients décédés sans succession connue ou l'admissibilité aux programmes de prescription financés par l'État.

Nécessaires du point de vue médical signifie des services de soins de santé qu'un prestataire, faisant preuve d'un jugement clinique prudent, fournirait à un patient dans le but de prévenir, d'évaluer, de diagnostiquer ou de traiter une affection, une blessure, une maladie ou ses symptômes, et qui sont :

- (1) Conformes aux normes généralement reconnues de pratique médicale
 - (a) À ces fins, « normes généralement reconnues de pratique médicale » désigne des normes qui sont fondées sur une preuve scientifique digne de foi publiée dans une revue médicale révisée par des pairs, généralement reconnues par la communauté médicale pertinente ou sinon cohérentes avec les normes énoncées dans des questions de la politique impliquant un jugement clinique.
- (2) Appropriés sur le plan clinique, en matière de type, de fréquence, d'étendue, de site et de durée, et considérés comme étant efficaces pour l'affection, la blessure ou la maladie du patient.
- (3) Non essentiellement destiné au confort du patient, du médecin ou d'un autre prestataire de soins de santé, et pas plus onéreux qu'un autre service ou une série de services au moins aussi susceptibles de produire des résultats thérapeutiques ou de diagnostic équivalents au diagnostic ou au traitement de l'affection, de la blessure ou de la maladie de ce patient.
- (4) Les services, éléments ou interventions considérés comme servant un objectif de recherche ou d'expérimentation seront examinés au cas par cas.

Les **Seuils de revenus de pauvreté** sont publiés par le Department of Health and Human Services (HHS) dans le Registre fédéral chaque année en janvier. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Définition du Montant généralement facturé (AGB) : Le Montant généralement facturé, ou limite des frais bruts, est calculé par le PSHHMC à l'aide d'une méthodologie de retraçage conformément au règlement final de l'IRS 501R. Le PSHHMC utilisera cette méthodologie pour calculer le paiement moyen de toutes les demandes de remboursement payées par les compagnies d'assurance maladie privées et Medicare. Les personnes admissibles ne paieront pas de montants supérieurs à ceux généralement facturés aux patients assurés pour des soins d'urgence ou nécessaires du point de vue médical uniquement. Le PSHHMC mettra à la disposition des patients qui le demandent un exemplaire écrit gratuit du calcul de l'AGB actuel.

Les **Ressources dénombrables** sont définies comme les ressources considérées disponibles pour le paiement des dettes de soins de santé telles que : argent en espèces/comptes bancaires, certificats de dépôt, obligations, actions, fonds communs de placement ou prestations de retraite. Définies dans le Bulletin d'assistance médicale (Medical Assistance Bulletin) du Department of Health Services (DHS), les Ressources dénombrables du Programme de soins sans contrepartie des hôpitaux et les régimes caritatifs (Hospital Uncompensated Care Program and Charity Plans Countable Assets) n'incluent pas les ressources non liquides comme les logements, les véhicules, les biens ménagers, les IRA et les comptes 401K.

DÉCLARATION CONCERNANT LA POLITIQUE OU LA PROCÉDURE

NOTIFICATION :

- a) La présente Politique d'aide financière, le Formulaire de demande d'aide financière et un résumé vulgarisé, seront mis à la disposition du public sur demande.
- b) Les relevés de facturation des patients contiendront des informations relatives à la disponibilité d'une aide financière.
- c) L'avis de disponibilité de ce programme sera affiché dans les zones d'inscription des patients au sein de l'hôpital, des services de consultation et sur le site internet du PSHHMC.
- d) La Politique d'aide financière et le formulaire de demande seront disponibles dans tous les services de consultations externes.
- e) Si la langue principale d'une population représente plus de 10 % des résidents dans la zone géographique du PSHHMC, la Politique d'aide financière sera mise à disposition dans cette langue.
- f) La Politique d'aide financière et le formulaire de demande seront mis à disposition dans les manifestations locales destinées à sensibiliser la population auxquelles participe le PSHHMC.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

- a) L'Aide financière est approuvée sur la base d'un revenu familial inférieur ou égal à 300 % du Seuil de pauvreté fédéral. Les patients admissibles pourront prétendre à des soins entièrement gratuits s'ils s'avèrent nécessaires du point de vue médical.
- b) L'évaluation de l'admissibilité à l'Aide financière commence une fois que la Demande d'aide financière a été remplie. Elle doit être complète, datée et signée par le garant. (Voir ci-joint)
- c) Le patient doit être un citoyen des États-Unis ou un résident légal permanent. (Il doit résider aux États-Unis depuis un an au minimum.)
- d) Avant l'approbation de sa demande d'Aide financière, le patient doit déposer une demande d'Aide médicale, de Bourse d'assurance maladie fédérale ou étatique (sauf si une preuve de dispense est fournie) ou de toute autre source de paiement tierce applicable.
- e) Toutes les autres options de paiement des frais médicaux ont été épuisées y compris, mais sans s'y limiter, la collecte de fonds de l'Église ou privée, les programmes ou subventions de bienfaisance. La non-coopération de la part du patient ou du garant à la recherche d'autres options de paiement peut mettre fin à toute prétention à une Aide financière.
 - (1) Une Aide financière peut ne pas être proposée si le patient dispose de suffisamment de Ressources dénombrables pour payer ses frais, et si la mobilisation de ces Ressources dénombrables n'entraîne pas de charge excessive pour le patient.

- (2) Une aide financière peut être octroyée pour tout patient décédé sur la base des critères établis dans la [Politique RC-12 - Recouvrement des créances des patients/garants décédés](#).
- (3) En conséquence des programmes proposés par les établissements de soins gratuits (Hope Within, Centre Volunteers in Medicine, etc.), une aide financière peut être octroyée en fonction des informations financières collectées ou déterminées par l'établissement de soins gratuits.
- (4) Les services, les éléments ou les procédures considérés comme optionnels comprennent, entre autres, les cosmétiques, l'in vitro/la stérilité, les lunettes, les appareils auditifs, certaines procédures de pontage gastrique, etc.
- (5) Les régimes d'assurance basés sur les revenus avec une participation aux coûts ou des soldes de franchise pour le patient peuvent être considérés comme des critères d'admissibilité à l'Aide financière.
- (6) La période d'admissibilité à l'Aide financière est d'une année. Le PSHHMC peut, à sa discrétion, demander une nouvelle procédure de demande et d'évaluation des capacités de paiement du patient.

PROCÉDURE DE DEMANDE :

- a) Les formulaires de demande d'Aide financière seront disponibles en ligne via le site internet du PSHHMC, en personne dans tous les services de consultations, ou par courrier.
- b) Les justificatifs de situation du foyer appropriés et dûment remplis figurant ci-dessous doivent être fournis pour vérifier que le patient répond aux critères de revenus et de taille du foyer.
 - (1) Déclaration de revenus fédérale la plus récente
 - (2) Quatre (4) fiches de paie les plus récentes
 - (3) Quatre (4) relevés bancaires les plus récents
 - (4) Calcul des indemnités de Sécurité sociale
 - (5) Indemnités de chômage
 - (6) Prestations de retraite
 - (7) Confirmation de distribution de règlements de successions ou de passifs (l'Aide financière ne sera pas envisagée avant le règlement final de la succession ou des litiges)
 - (8) Calcul de l'Assistance médicale ou de la Bourse des assurances maladie
 - (9) Preuve de citoyenneté ou titre de résidence légale permanente (carte verte)
 - (10) Si le foyer n'a pas de revenus, lettre de la ou des personnes qui contribuent aux dépenses de subsistance

(11) Toutes autres informations jugées nécessaires par le PSHMC à l'examen approprié de la demande d'aide financière et à la détermination de l'admissibilité.

- c) Si les informations fournies dans la demande sont insuffisantes pour prendre une décision appropriée, le garant sera contacté pour fournir des informations complémentaires.

MÉTHODE ET PROCESSUS D'ÉVALUATION

- a) Les niveaux d'approbation de l'Aide financière sont les suivants :

Niveau du personnel :	Conseillers financiers	Associé principal	Chef d'équipe/Responsable	Directeur principal du cycle des revenus	Vice-président du cycle des revenus ou directeur financier
Montant :	< 500 \$	< 5000 \$	< 25 000 \$	< 50 000 \$	> 50 000 \$

- b) Une fois la demande examinée, la décision sera communiquée au garant ou au patient par téléphone et par courrier.
- c) La personne décisionnaire de l'aide financière enregistrera le compte du patient dans le système de facturation et signera le formulaire « Demande d'examen ». Le compte sera ensuite traité par un membre du personnel compétent.
- d) Si un patient est admissible à l'Aide financière et aux avantages sociaux de COBRA, en tant qu'établissement, le PSHMC peut choisir de payer la prime d'assurance mensuelle.
- e) Une fois l'aide financière approuvée, toute dette déclarée à une agence d'évaluation du crédit sera retirée sous 30 jours.
- f) Une fois les ajustements relatifs à l'aide financière reportés sur les compte débiteur du patient, tout paiement antérieur ou suivant reçu sera remboursé au patient.
- g) Les patients dont les comptes ont déjà été soumis à une agence de recouvrement peuvent toujours effectuer une demande d'aide financière susceptible d'être approuvée.
- h) Si l'aide financière est approuvée, le membre du personnel compétent procédera à l'ajustement dans le système, examinera toutes les consultations ouvertes sous le numéro de dossier médical du patient et appliquera la réduction à l'aide financière.

(1) Le fait de ne pas contacter un conseiller financier ou de ne pas remplir intégralement la demande peut conduire aux mesures exposées dans la [Politique RC-002 de crédit et de recouvrement pour les patients](#).

- (2) Une copie de la demande d'aide financière, ou des informations financières, est conservée pendant sept ans conformément aux politiques de conservation des données du PSHHMC.
- (3) Pour les demandes d'aide financière supplémentaires effectuées dans la même année civile, des documents justificatifs peuvent ne pas être nécessaires, sauf si des changements sont intervenus dans les informations qui figurent déjà dans le dossier.
- (4) En cas de circonstances particulières telles que celles indiquées ci-dessous, la direction peut exercer son pouvoir discrétionnaire :
 - (i) Les revenus du patient sont supérieurs aux lignes directrices de l'aide financière, mais sa dette médicale dépasse son revenu annuel en raison d'un événement médical désastreux.
 - (ii) Le patient reçoit un règlement de litige inférieur au solde du compte, et ne dispose pas de ressources dénombrables ou de revenus suffisants pour payer la différence.
 - (iii) Le patient est disposé à emprunter de l'argent pour s'acquitter du paiement, mais n'est pas admissible à l'intégralité du montant dû sur le compte (une vérification par l'établissement de prêt s'impose).
 - (iv) La patient est disposé à mobiliser d'autres ressources pour couvrir une partie du solde.
 - (v) Le patient ne remplit pas de demande d'aide financière, mais fournit des informations suffisantes sur ses revenus/finances pour prendre une décision.

Toutes les politiques référencées dans ce document sont disponibles pour consultation sur le site internet du PSHHMC et accessibles pour impression sur demande.

La présente Politique s'inscrit dans un but de bienfaisance volontaire du Penn State Health Community Medical Group. En conséquence, ni cette politique ni aucune violation de celle-ci ne doit être interprétée comme créant une obligation légale de la part de l'hôpital ni aucun droit d'un patient ou d'un tiers.

DOCUMENTS ET RÉFÉRENCES CONNEXES

L'annexe de cette politique comprend les éléments suivants :

1. PFS-051 - Directives concernant les seuils de pauvreté
2. PFS-051 - Annexe de la liste des prestataires
3. PFS-051 - Annexe des sites des prestataires
4. [Résumé vulgarisé et demande d'aide financière](#)

APPROBATIONS

	Nom	Titre	Date
Autorisé par :	Paul Swinko	Directeur financier	01/07/2017
Approuvé par :	Dan Angel	Vice-président des opérations du cycle des revenus	01/07/2017

DATES DE CRÉATION ET DE MISE À JOUR

Date de création : 01/10/2010

Date(s) de mise à jour : 10/10, 02/16, 06/17

Mis à jour le : 10/10, 01/12, 12/14, 02/16 – Remplacement de la politique 10/10, 06/17

EXAMINATEURS ET CONTRIBUTEURS DE CONTENU

Directeurs des opérations relatives au cycle des revenus de l'hôpital