



Politique d'aide financière	PFS-051
Cycle des recettes du Penn State Health - Services financiers aux patients	En vigueur le : 19/11/2018

OBJECTIF

Définir les critères selon lesquels une aide financière 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 (PSH).

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 à 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 PSH 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 (Women, Infants and Children, 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 (Medicaid).

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) pas principalement pour le 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, les éléments ou les procédures considérés comme d'investigation ou expérimentaux seront examinés au cas par cas.

Les **seuils de revenus de pauvreté** sont publiés par le Department of Health and Human Services (Département de santé et des services sociaux, HHS) dans le registre fédéral chaque année en janvier. <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

Définition du montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB) : le montant généralement facturé, ou limite des frais bruts, est calculé par le PSH à l'aide d'une méthodologie de retraçage conformément au règlement final de l'IRS 501R. Le PSH 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 PSH 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 du Department of Health Services (Département des services de santé, DHS), le programme de soins sans contrepartie des hôpitaux et les régimes caritatifs, les ressources dénombrables n'incluent pas les ressources non liquides comme les logements, les véhicules, les biens ménagers, les comptes IRA et 401K.

DÉCLARATION CONCERNANT LA POLITIQUE ET/OU LA PROCÉDURE

NOTIFICATION :

- a) La présente politique d'aide financière, le formulaire de demande d'aide financière et un résumé écrit en termes clairs et simples 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 PSH.
- 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 est parlée par au moins 1,000 personnes ou 5% de la communauté servie, la politique d'aide financière sera rendue disponible 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 PSH.

CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

- a) L'aide financière est approuvée en fonction du revenu familial selon les instructions ci-dessous. Les patients admissibles pourront prétendre à des soins entièrement gratuits s'ils s'avèrent nécessaires du point de vue médical.

Taille du foyer	Revenu brut	Prise en charge par l'aide financière
1	36 420,00 \$	100 %
2	49 380,00 \$	100 %
3	62 340,00 \$	100 %
4	75 300,00 \$	100 %
5	88 260,00 \$	100 %
6	101 220,00 \$	100 %
7	114 180,00 \$	100 %
8	127 140,00 \$	100 %

* Pour les familles de plus de 8 (huit) personnes, ajouter 12 960,00 \$ par personne supplémentaire.

- b) Une évaluation de l'aide financière commence une fois que la demande d'aide financière a été remplie. Elle doit être complète, signée par le garant et datée. (Voir ci-joint)
- c) Le patient doit être un citoyen des États-Unis, un résident légal permanent ou un résident de Pennsylvanie capable de fournir une preuve de résidence (ceci exclut les personnes n'ayant pas la citoyenneté américaine qui vivent en dehors des États-Unis).
- d) Avant que sa demande d'aide financière soit approuvée, le patient doit faire une demande d'aide médicale, de bourse des assurances fédérale ou étatique (sauf si une preuve de dispense est fournie) ou de toute autre source de paiement tierce applicable.
 - (1) Une aide financière partielle peut être accordée aux enfants autoperformants qui sont dispensés de candidature à une assistance médicale.
- e) Toutes les autres options de paiement des frais médicaux ont été épuisées, y compris sans s'y limiter ; la collecte de fonds de l'Église ou privée, les programmes ou les 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 une charge excessive pour le patient.
 - (2) Une aide financière peut être octroyée pour tout patient décédé selon les critères établis dans la **politique RC-12 - Recouvrement des créances des patients/garants décédés**.
 - (3) En conséquence des programmes avec les établissements dispensant des 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 sont considérés comme étant optionnels, tels que, mais sans s'y limiter, les cosmétiques, l'in vitro/la stérilité, les lunettes, les appareils auditifs, certaines procédures de pontage gastrique, etc.
 - (5) Les régimes d'assurance fondés sur les revenus avec une participation aux coûts ou des soldes de franchise pour le patient peuvent être considérés comme admissibles à l'aide financière.
 - (6) La période d'admissibilité à l'aide financière est d'une année. Le PSH a le droit de demander une nouvelle procédure de demande et d'évaluation de la capacité du patient à payer à sa discrétion.

PROCÉDURE DE DEMANDE :

- a) Les formulaires de demande d'aide financière seront disponibles en ligne via le site internet du PSH, en personne dans tous les services de consultations ou par courrier postal.
- 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) Dernière déclaration de revenus fédérale
 - (2) Quatre (4) dernières fiches de paie
 - (3) Quatre (4) derniers relevés bancaires
 - (4) Calcul des indemnités de la Sécurité sociale
 - (5) Indemnisations 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 PSH pour examiner de façon appropriée la demande d'aide financière afin de déterminer l'admissibilité à l'aide financière.
- 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 Service de gestion du cycle des revenus ou directeur financier
Montant :	< 500 \$	< 5 000 \$	< 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 PSH peut choisir de payer la prime d'assurance mensuelle.
- e) Après l'approbation de la bienfaisance, une dette déclarée à une agence d'évaluation du crédit sera retirée sous 30 jours.
- f) Une fois les ajustements de l'aide financière ramenés sur les comptes débiteurs 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 déposer une demande et faire l'objet d'une approbation d'aide financière.
- h) Si l'aide financière est approuvée, le membre du personnel approprié procédera à l'ajustement dans le système et 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 de crédit et de recouvrement pour les patients, RC-002.**

(2) Une copie de la demande financière ou des informations financières est conservée pendant sept ans conformément aux politiques de conservation du PSH.

(3) Pour les demandes d'aide financière supplémentaires déposées dans la même année civile, des documents justificatifs peuvent ne pas être nécessaires, sauf si des changements sont intervenus dans les informations déjà au dossier.

- (4) La direction peut utiliser son pouvoir discrétionnaire pour des circonstances particulières, telles que les suivantes mais sans s’y limiter : (exemples suivants) :
- (i) Les revenus du patient sont supérieurs aux lignes directrices de l’aide financière cependant ; sa dette médicale est supérieure à son revenu annuel en raison d’un événement médical catastrophique.
 - (ii) Le patient reçoit un règlement de litige qui est inférieur au solde du compte et ne dispose pas de ressources dénombrables/revenus suffisants pour payer la différence.
 - (iii) Le patient est disposé à emprunter de l’argent pour payer mais n’est pas admissible à l’intégralité du montant dû sur le compte (une vérification par l’établissement de prêt est obligatoire).
 - (iv) Le patient est disposé à mobiliser d’autres ressources qui couvrent une partie du solde.
 - (v) Le patient ne remplit pas de demande d’aide financière mais les informations sur les revenus/financières suffisantes sont obtenues pour prendre une décision.

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

La présente politique énonce un objectif volontaire et de bienfaisance du Penn State Health. 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 REFERENCES CONNEXES

L’annexe de cette politique comprend les éléments suivants :

1. PFS-051 - Annexe A de la liste des prestataires - Hershey Medical Center
2. PFS-051 - Annexe B des sites des prestataires - Hershey Medical Center
3. PFS-051 – Annexe C de la liste des prestataires et des sites - CPMG
4. Résumé vulgarisé et demande d’aide financière

APPROBATIONS

	Nom	Titre	Date
Autorisé par :	Paul Swinko	Directeur financier	11/19/2018
Approuvé par :	Dan Angel	Vice-président du Service de gestion du cycle des revenus	11/19/2018

DATES DE CRÉATION ET DE RÉVISION

Date de création : 10/1/2010

Date(s) de révision : 10/10, 02/16, 6/17, 2/18

Révision le : 10/10; 1/12, 12/14, 02/16 – Remplacement de la politique 10/10 ; 6/17, 2/18, 10/18, 11/18

EXAMINATEURS ET CONTRIBUTEURS DE CONTENU

Directeurs Cycle de recettes Hôpital et Opérations professionnelles