

Établissement :

Politique globale du système

Politique normalisée

Politique type :

No. de politique PFS-112

Page 1 / 19

Service : Gestion des recettes

---

**POLITIQUE :** Facturation patient : Aides financières

---

## I. OBJET

Les établissements Adventist Health (AH) existent pour servir les patients. Ils s'appuient sur une solide équipe de professionnels de la santé dévoués : médecins, infirmières (et autre professionnels de la santé), gestionnaires, administrateurs et bénévoles. Ensemble, ces personnes protègent la santé de leurs communautés. Afin de fournir des services solides, il doit s'établir entre elles et leur communauté un rapport fondé sur la confiance et la compassion. Par le biais d'une confiance mutuelle et de bienveillance, Adventist Health et ses patients sauront chacun s'acquitter de leurs responsabilités. Ces principes et consignes ont pour objet de consolider les relations et de rassurer les patients – quelle que soit leur situation financière – que AH s'engage à leur fournir des soins.

L'objet de cette politique est de promulguer et de garantir une méthode équitable, non discriminatoire, cohérente et uniforme pour prendre en charge et mener à bien les urgences de nature caritative et autres soins médicalement indispensables pour les résidents de notre communauté qui nécessiteraient des aides financières.

Cette politique est déterminée à respecter les réglementations fédérales, d'état et locales.

## II. DÉFINITIONS

Dépenses médicales déductibles : Montant total des dépenses médicales des membres de la famille qui seraient déductibles de l'impôt sur le revenu, que ce montant dépasse ou non le montant de déduction pour dépenses médicales autorisé par l'IRS (Internal Revenue Service, centre des impôts américain). On peut y inclure les factures payées et impayées.

Montant habituellement facturé (Amount Generally Billed, AGB) : Le montant habituellement facturé aux personnes bénéficiant d'une mutuelle santé, pour des soins fournis par AH. La méthode utilisée pour calculer le montant AGB prend en compte les demandes de paiement précédemment réglées, pour les paiements à l'acte de Medicare avec toutes les caisses maladie privées, y compris les parts prises en charge par les personnes assurées.

Frais facturés : Frais s'appliquant aux services fournis par AH, conformément aux informations publiées dans la Liste de descriptions des frais (en anglais : Charge Description Master ou CDM).

Soins caritatifs : Soins caritatifs ou entièrement gratuits fournis aux patients ne devant rien rembourser ou devant rembourser une part symbolique des frais facturés.

Soins à prix réduit : L'établissement détermine que le patient n'est pas admissible au programme de soins caritatifs, mais qu'il peut bénéficier d'une réduction et doit rembourser uniquement une part des frais facturés.

Soins d'urgence : Terme s'appliquant aux services et soins d'urgence, tels qu'ils sont définis dans la politique AH, section « Conformité à la Loi sur les traitement médicaux d'urgence et le travail », (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA) ».

Dépenses essentielles de la vie quotidienne (Essential Living Expenses, ELE) : À savoir : loyer ou hypothèque + frais de maintenance, alimentation + fournitures ménagères, charges + téléphone, vêtements, frais médicaux et dentaires, assurances, frais scolaires ou de garde d'enfants, pension alimentaire matrimoniale ou pour enfant, frais de transport et de véhicule - notamment : assurance-automobile, frais d'essence et de réparations, mensualités, lessive et ménage et autres dépenses inhabituelles.

Membres de la famille : Les membres de la famille des **patients de plus de 18 ans** sont les conjoints, les partenaires domestiques, tels que définis par l'État dans lequel l'établissement médical est agréé, et les enfants à charge de moins de 21 ans, qu'ils habitent ou non avec vous. Les membres de la famille des **patients de moins de 18 ans** sont les géniteurs, les parents aidants et les autres enfants de moins de 21 ans du géniteur ou du parent aidant, qu'ils habitent ou non avec vous.

Déclaration fédérale de revenus : Le formulaire envoyé à l'IRS pour déclarer vos revenus imposables. Il s'agit d'une copie du formulaire signé et daté que vous avez envoyé à l'IRS.

Seuil de pauvreté fédéral (Federal Poverty Level, FPL) : Le niveau de revenu fixé par le gouvernement fédéral qui catégorise les foyers en fonction de leurs revenus (supérieurs ou inférieurs au seuil de pauvreté défini).

Aides financières (Financial Assistance) : Un programme AH qui réduit potentiellement ou rétroactivement le montant des frais facturés par AH à un patient qui n'est pas assuré ou qui est sous-assuré.

Coût médicaux élevés : Ils sont : a) les coûts annuels déboursés que le patient a engagé auprès de l'établissement et qui dépassent dix pour cent (10 %) des revenus de sa famille au cours des 12 derniers mois ; OU b) les dépenses annuelles déboursées qui dépassent dix pour cent (10 %) des revenus de la famille du patient, si le patient fournit les justificatifs des dépenses médicales payées par lui-même ou par sa famille au cours des 12 derniers mois.

Revenus du foyer : Revenus de tous les membres de la famille qui habitent sous le même toit que le patient, ou qui habitent à l'adresse que le patient utilise pour sa déclaration d'impôts (ou autres documents officiels) comme adresse domiciliaire.

Groupe de personnes maîtrisant mal l'anglais (Limited English Proficiency, LEP) : Groupe constituant la plus petite part d'un groupe de 1 000 personnes ou encore cinq pour cent (5 %) de la communauté servie par l'établissement, ou bien les populations qui sont susceptibles d'entrer en contact avec l'établissement. L'établissement utilisera la méthode raisonnable de son choix pour déterminer le nombre ou pourcentage de patients LEP qui entrent en contact avec l'établissement.

Médicalement indispensable : Un service est « médicalement indispensable » ou représente une « nécessité médicale » lorsqu'il est raisonnable et nécessaire de le fournir afin de protéger la vie du patient, de prévenir une maladie ou une infirmité grave, ou encore de soulager une douleur intense. Voir la section 14059.5 du code « California Welfare & Institutions Code » relatif aux aides sociales.

Coûts déboursés : Les coûts que le patient doit payer de sa poche.

Services financiers aux patients (Patient Financial Services, PFS) : Le service AH chargé des factures, du recouvrement et du traitement des paiements.

Plan de remboursement : Plan qui organise des modalités de paiement sur une période donnée, permettant au patient de rembourser le montant des frais qui lui ont été facturés par AH. Ces modalités ne dépasseront pas de plus de dix pour cent (10 %) les revenus mensuels de la famille du patient (sans compter les déductions relatives aux dépenses essentielles de la vie quotidienne).

Actifs admissibles : Actifs financiers pris en compte dans les revenus du patient lorsque l'on détermine si le patient en question satisfait aux critères d'admissibilité du programme en matière de revenus. Dans le cadre de cette politique, les « actifs admissibles » : 1) comprennent 50 % des actifs financiers du patient qui dépassent 10 000 \$, y compris les espèces, les actions, les obligations, les comptes d'épargne ou autres comptes bancaires ; 2) ne comprennent pas les régimes de retraite agréés par l'IRS, tels que les comptes retraite individuels (IRA), les comptes retraite 401(k) ou 403(b), ou les régimes à rémunération différée ; 3) ne comprennent pas certains biens immobiliers ou actifs matériels (résidence principale, automobiles, etc. ; cependant, toute résidence secondaire, ainsi que les véhicules récréatifs peuvent être admis).

Patient admissible : Patient qui satisfait aux critères de qualification du programme d'Aides financières, tels qu'ils sont énoncés dans la section III.C.

Contribution personnelle : Montant dû lorsque la partie financièrement responsable est le patient ou le garant du patient (et non pas un tiers payant).

Assurance responsabilité civile : Une entité (société, régime-santé ou fiducie de soins de votre employeur, couverture médicale de votre assurance automobile, indemnisation des accidents de travail, etc.) autre que le patient qui remboursera tout ou une partie des factures médicales.

Patient non assuré : Un patient qui ne bénéficie pas d'une assurance responsabilité civile via un assureur-santé, plan de services de soins de santé, Medicare ou Medicaid, et dont la blessure n'est pas prise en charge par l'indemnisation des accidents de travail, son assurance automobile ou toute autre assurance, comme l'établissement l'a déterminé et documenté.

Patient sous-assuré : Un patient bénéficiant dans une certaine mesure d'une assurance responsabilité civile ou d'une assistance extérieure, mais dont les dépenses à débourser dépassent ses moyens financiers.

### III. POLITIQUE

AH s'engage à fournir des aides financières aux patients qui ont sollicité des soins d'urgence ou des soins médicalement indispensables, et qui disposent de moyens limités ou inexistants pour rembourser ces soins. Le terme « aides financières » (Financial Assistance) fait référence à ce qu'on appelle « soins caritatifs » (Charity Care) et « soins à prix réduit » (Discounted Care). AH fournira à toute personne, sans discrimination, des soins d'urgence ou médicalement indispensables [conformément à la définition de ces termes dans cette politique], quelle que soit sa situation financière, son statut d'admissibilité dans le cadre de cette politique, ou son admissibilité à recevoir des aides sociales.

Par conséquent, cette politique écrite :

- Comprend les critères d'admissibilité aux aides financières – soins caritatifs (gratuits) et soins à prix réduit (partiellement remboursés) ;
- Décrit la base sur laquelle sont calculés les montants facturés aux patients en droit de recevoir des aides financières dans le cadre de cette politique ;
- Décrit la méthode par laquelle les patients peuvent faire une demande d'aides financières ;
- Décrit de quelle manière l'établissement diffusera largement cette politique dans la communauté qu'il sert ; et
- Limite les montants que l'établissement peut facturer pour des soins d'urgences et autres soins médicalement indispensables prodigués aux personnes en droit à des aides financières, à un montant égal ou inférieur au montant habituellement facturé (encaissé) par l'établissement.

Le programme de soins caritatifs ne doit pas être perçu comme substitut de votre responsabilité personnelle. Les patients doivent coopérer avec les procédures de l'établissement dans le cadre de leur demande de soins caritatifs ou de toute autre forme de remboursement ou d'aides financières, et doivent contribuer aux coûts de leurs soins en fonction de leur capacité financière personnelle. Les personnes qui peuvent financièrement souscrire à une assurance-maladie seront encouragées à le faire, dans le but de garantir leur accès aux services de soins pour leur santé et pour la protection de leurs actifs.

### **A. Soins admissibles dans le cadre de cette politique**

Cette politique s'applique à toute forme de soins d'urgence ou médicalement indispensables prodigués dans tout établissement étant la propriété de AH ou sous sa gestion, et figurant dans la liste de l'annexe A. Les établissements AH fournissant des services de facturation aux médecins urgentistes sont tenus de traiter les frais de ces médecins de la même manière que les frais de l'établissement s'apparentant aux procédures de soins caritatifs et à prix réduit.

Les médecins urgentistes fournissant des services médicaux d'urgence dans un établissement général de soins de courte durée ne sont pas concernés par cette politique, à moins qu'ils ne figurent dans la liste des « Prestataires concernés » (Covered Providers) dans la documentation de l'annexe C. Ces médecins devraient [d'ailleurs, en Californie, doivent] bénéficier de leurs propres politiques d'aides financières afin de limiter les paiements imposés aux patients admissibles non assurés ou aux patients qui ont engagé des dépenses médicales élevées et dont les revenus sont au même niveau ou inférieurs à 350 % du seuil de pauvreté fédéral. Les patients qui ne sont pas assurés ou qui ont engagés des dépenses médicales élevées, et dont les revenus sont au même niveau ou inférieurs à 350 % du seuil de pauvreté fédéral et qui reçoivent une facture du médecin urgentiste doivent contacter le cabinet de ce médecin afin de se renseigner sur sa politique d'aides financières.

### **B. Communication relatives aux aides financières**

Adventist Health communique la disponibilité des aides financières de diverses façons, notamment – mais sans s'y limiter – la publication d'avis affichés, bien visibles dans les salles d'urgence, dans le formulaire « Conditions of Registration » (Conditions d'enregistrement), dans les salles d'admission et d'enregistrement, dans les Services financiers aux patients, et autres lieux publics, comme le détermine l'établissement. L'un des documents de facture post-sortie comprendra un texte dans un langage standard expliquant aux patients qu'ils sont en droit de demander une évaluation financière afin de déterminer s'ils ont droit à des aides financières, et comment faire leur demande. L'établissement publiera et diffusera largement dans un langage simple un récapitulatif de cette politique d'aides financières, et diffusera cette politique sur le site Web de l'établissement, dans certaines brochures, par courrier, ainsi que dans d'autres endroits de la communauté servie par l'établissement, comme il le détermine et sans que cela ne coûte quoi que ce soit aux patients. Ces avis et récapitulatifs seront fournis dans la langue natale du patient si le patient en question fait partie des personnes maîtrisant mal l'anglais (groupe LEP). Outre les renseignements susmentionnés, AH fournit un avis de disponibilité d'aides financières aux patients qui présentent le risque de ne pas pouvoir s'acquitter de leurs responsabilités financières. Tout membre du personnel ou du corps médical de l'établissement peut adresser un patient au programme d'aides financières. Le patient (son tuteur ou un membre de sa famille) peut faire une demande de soins caritatifs, sous réserve des lois applicables relatives au respect de la vie privée.

Vous pouvez recevoir gratuitement des renseignements sur la politique d'aides financières en composant le 1-844-827-5047 ou en écrivant à l'adresse suivante :

Adventist Health  
ATTN: Financial Assistance  
PO Box 619122  
Roseville, CA 95661

### **C. Admissibilité au programme d'aides financières**

Le droit aux aides financières concerne les personnes non assurées ou sous-assurées, qui ont engagé des dépenses médicales élevées et qui ne peuvent pas payer leurs soins; il est déterminé en fonction des besoins financiers du patient en question, conformément à cette politique. Toute décision prise dans le cadre de cette politique, y compris la décision d'accorder ou de refuser des aides financières, sera prise en fonction des besoins financiers spécifiques du patient, sans tenir compte de sa race, sa couleur de peau, son origine nationale, sa citoyenneté, sa religion, ses croyances, son sexe, son orientation sexuelle, son âge ou tout handicap qu'il pourrait avoir.

Les montants « Contribution du patient » Medicaid (Medicaid Share of Cost, SOC) ne seront pas pris en compte pour les aides financières, car c'est l'État qui détermine le montant SOC, lequel correspond à la part financière que le patient doit régler pour que Medicaid prenne en charge le reste de ses frais médicaux.

Un patient peut recevoir des aides financières dans le cadre de cette politique s'il satisfait à l'un des critères de revenus ou de dépenses suivants.

1. Revenus. Dans le cadre de cette politique, un patient est en droit de recevoir des soins caritatifs ou des soins à prix réduit si les revenus du foyer (terme défini dans cette politique) sont au même niveau ou inférieurs à 400 % du seuil de pauvreté fédéral.
2. Dépenses. Les patients aux revenus trop élevés peuvent potentiellement bénéficier d'aides financières via un processus d'exception [exception-based review] si leurs dépenses médicales déductibles ont épuisé les revenus et ressources de la famille au point de ne plus pouvoir payer les services nécessaires. Les deux conditions suivantes doivent être présentes :
  - a. Dépenses : Les dépenses médicales déductibles du patient doivent être supérieures à 50 % des revenus du foyer.
  - b. Ressources : L'excédent des dépenses médicales du patient (c.-à-d. le montant qui fait passer les dépenses médicales déductibles à plus de 50 % des revenus du foyer) doit être plus important que les actifs admissibles disponibles.

**Soins caritatifs :** Lorsque l'on détermine le droit d'un patient à recevoir des soins caritatifs (c.-à-d. des soins gratuits), les revenus du foyer et les actifs admissibles ne doivent pas dépasser le montant correspondant à 200 % du seuil de pauvreté fédéral.

**Soins d'urgence et médicalement indispensables**

<b><u>Patients non assurés :</u></b>	
<u>Revenus de la famille</u>	<u>Montants facturés</u>
200 % ou moins du seuil de pauvreté fédéral	Zéro

**Soins à prix réduit :** Lorsque l'on détermine le droit d'un patient à recevoir des **soins à prix réduit**, il faut présenter comme justificatif de revenus les récentes fiches de paie ou déclarations d'impôt sur le revenu.

**Soins d'urgence et médicalement indispensables**

<b><u>Patients non assurés</u></b>	
<u>Revenus de la famille</u>	<u>Montants facturés</u>
>200 % à 300 % du seuil de pauvreté fédéral	50 % du montant habituellement facturé
>300 % à 400 % du seuil de pauvreté fédéral	75 % du montant habituellement facturé
>400 % du seuil de pauvreté fédéral	Pas pris en charge par la politique d'aides financières, consultez la politique de rabais pour les patients non assurés.

<b><u>Patients bénéficiant d'une assurance commerciale ou d'un régime de soins géré hors contrat et engageant des dépenses médicales élevées</u></b>	
<u>Revenus de la famille</u>	<u>Montants facturés</u>
400 % ou moins du seuil de pauvreté fédéral	Le montant qui serait autorisé par le montant habituellement facturé (Amount Generally Billed) pour le même service MOINS le montant pris en charge par l'assureur du patient. Si l'assureur prend en charge un montant égal ou supérieur au montant habituellement facturé, le patient ne doit rien.
>400 % du seuil de pauvreté fédéral	Le montant de contribution personnelle (Self-Pay Liability) n'est pas pris en charge par la politique d'aides financières et le patient en est responsable.

**Soins non urgents et pas médicalement indispensables**

<b><u>Patients non assurés</u></b>	
<u>Revenus de la famille</u>	<u>Montants facturés</u>
200 % ou moins du seuil de pauvreté fédéral	50 % du montant habituellement facturé
>200 % à 400 % du seuil de pauvreté fédéral	100 % du montant habituellement facturé
>400 % du seuil de pauvreté fédéral	Pas pris en charge par la politique d'aides financières ; consultez la politique de rabais pour les patients non assurés.

<b>Patients bénéficiant d'une assurance commerciale ou d'un régime de soins géré hors contrat et engageant des dépenses médicales élevées</b>	
<b>Revenus de la famille</b>	<b>Contribution du patient</b>
350 % ou moins du seuil de pauvreté fédéral	Le montant qui serait autorisé par le montant habituellement facturé (Amount Generally Billed) pour le même service MOINS le montant pris en charge par l'assureur du patient. Si l'assureur prend en charge un montant égal ou supérieur au montant habituellement facturé, le patient ne doit rien.
>350 % du seuil de pauvreté fédéral	Le montant de contribution personnelle (Self-Pay Liability) n'est pas pris en charge par la politique d'aides financières et le patient en est responsable.

#### D. Méthode par laquelle les patients peuvent faire une demande d'aides financières

1. Afin d'être en droit de recevoir des aides financières dans le cadre de cette politique, le patient ou garant doit :
  - a. Coopérer avec AH pour identifier d'autres sources d'aides financières ou de prise en charge qui seraient offertes par un quelconque programme de remboursement public ou privé ;
  - b. Présenter une demande d'aides financières exacte, complète et confidentielle dans les 240 jours suivant réception de la première facture de post-sortie ;
  - c. Les membres du personnel de AH, notamment les conseillers financiers et le personnel des Services financiers aux patients, assisteront les personnes qui demandent ou nécessitent une aide pour remplir leur demande ;
  - d. Fournir une copie de la fiche de paie la plus récente du patient ou du garant (ou certifier qu'il/elle a actuellement un emploi) ;
  - e. Fournir une copie de la plus récente déclaration fédérale d'impôt sur le revenu du patient ou du garant (sans oublier toutes les annexes) ; et
  - f. Fournir la documentation et les renseignements concernant les actifs financiers du patient ou du garant, sur demande raisonnable de AH.
2. Si le patient bénéficie d'une assurance responsabilité civile qui aurait pris en charge les services admissibles, il incombe au patient ou garant de respecter les modalités de prise en charge de son assurance-maladie. Faute de quoi, alors qu'il aurait pu raisonnablement respecter lesdites modalités, le patient pourrait se voir refuser l'accès au programme d'aides financières.
3. Un patient peu coopératif est un patient ou garant qui refuse de divulguer les renseignements financiers nécessaires qui ont été demandés pendant la procédure visant à déterminer l'admissibilité du patient à bénéficier de Medicaid et/ou du programme d'aides financières. Les patients ou garants peu coopératifs se verront informés par écrit que s'ils ne fournissent pas les renseignements exigés, leur dossier de demande d'aides financières ne sera plus pris en considération et la procédure normalisée de remboursement demarrera.
4. Les valeurs de dignité humaine et d'intendance portées par AH seront reflétées dans la procédure de demande, la détermination des besoins financiers et la décision d'accorder ou non des aides financières.
5. AH n'utilisera pas à des fins de recouvrement les renseignements concernant les actifs financiers du patient fournis dans le cadre de sa demande. Les renseignements concernant les actifs financiers du patient seront utilisés uniquement afin de déterminer si oui ou non le patient est en droit de recevoir des aides financières dans le cadre de cette politique.



### E. Admissibilité à d'autres programmes d'assistance gouvernementale

L'établissement s'efforcera dans la mesure du possible d'obtenir du patient ou de son représentant tout renseignement concernant les éventuelles assurances-maladie privées ou publiques ou éventuels parrainages qui pourraient intégralement ou partiellement couvrir les frais de soins prodigués au patient, notamment – mais sans s'y limiter :

1. Les assurances-maladie privées, y compris la couverture fournie par le biais de Health Benefit Exchange ;
2. Medicare ; ou
3. Le programme Medicaid, le programme Healthy Families, les programme de services à l'enfance (Children's Services), ou autres programmes financés par l'État et conçus pour fournir une couverture en matière de santé.

Si un patient fait (ou a fait) une demande dans le cadre d'un autre programme de couverture santé conjointement à sa demande au programme d'aides financières, ni l'une ni l'autre demande n'exclura son admissibilité à l'un des programmes en question.

### F. Admissibilité présumée aux aides financières

Le membre du personnel ou membre des Services financiers aux patients remplira, au cas par cas, une demande d'aides financières interne qui comprendra une explication complète concernant :

1. La raison pour laquelle le patient ou son garant ne peut pas lui-même faire sa demande, et les circonstances atténuantes médicales ou socio-économiques documentées qui empêchent le patient ou son garant de remplir la demande.
2. AH peut également accorder à un compte l'admissibilité présumée à des soins caritatifs, sans que le patient n'ait présenté de demande d'aides financières, sur la base de critères prédéterminés obtenus auprès de sources agréées. Ces critères sont, entre autres :
  - a. Le dossier médical du patient indique qu'il est sans domicile fixe ou bien, après vérification effectuée par AH ou auprès d'un parent, le patient est décédé sans succession ou est actuellement incarcéré ; **OU**
  - b. Le patient est en droit de bénéficier d'un programme d'assistance publique, notamment la Sécurité Sociale, des prestations d'assurance-chômage, Medicaid, le programme du comté « County Indigent Health », AFDC, le programme de coupons alimentaires, WIC et d'autres programmes similaires d'aide aux indigents, dont les critères d'acceptation satisfont raisonnablement aux conditions du programme d'aides financières de AH ; **OU**
  - c. Lorsque les mesures de recouvrement normales ne produisent pas un remboursement et que le patient n'est pas été capable de remplir sa demande d'aides financières ou de fournir les documents demandés, ou bien s'il est irrecevable à la procédure de demande, le compte du patient en question sera évalué via un logiciel démographique afin de déterminer son admissibilité présumée. En conséquence, ces comptes peuvent faire l'objet d'une évaluation afin de déterminer si le patient est en droit de recevoir des aides financières sans que ledit patient ait à remplir la demande d'aides officielle. Dans de telles circonstances, l'établissement AH utilisera d'autres sources de renseignements pour évaluer les besoins financiers d'un dossier spécifique. Ces renseignements permettront à AH de prendre une décision informée concernant les besoins financiers des patients irrecevables, en utilisant les meilleures estimations disponibles lorsque le patient ne peut pas directement fournir de renseignements.



Les établissements AH feront appel à un tiers qui examinera électroniquement les renseignements des patients afin d'évaluer leurs besoins financiers. Ce processus d'examen emploie un modèle reconnu par le secteur de la santé et utilise des bases de données d'archives publiques. Ce modèle prédictif incorpore les données d'archives publiques pour calculer le score de capacité socio-économique et financière, lequel fournit également une estimation des revenus, des actifs et des liquidités. Cette technologie électronique a été conçue pour évaluer chaque patient via les mêmes critères que ceux utilisés pour la procédure de demande traditionnelle.

Cette technologie électronique sera déployée avant d'attribuer une créance irrécouvrable, après avoir épuisé toute autre source d'admissibilité et de paiement. Cela permet aux établissements AH de sélectionner les patients nécessitant des aides financières avant de prendre des mesures de recouvrement extraordinaires. Les données produites par ce processus d'examen électronique constitueront une documentation adéquate des besoins financiers pour qualifier à 200 % ou moins du seuil de pauvreté fédéral uniquement concernant les dates rétrospectives.

Les comptes patients auxquels l'admissibilité présumée est accordée seront reclassés dans la politique d'aides financières. Ils ne feront pas l'objet d'un recouvrement ni d'autres mesures de recouvrement, ne seront pas informés de leur qualification et ne seront pas inclus dans la liste des créances irrécouvrables de l'établissement.

### **G. Période d'admissibilité**

Si un patient est en droit de bénéficier à des soins caritatifs ou soins à prix réduit pour un service/séjour hospitalier admissible spécifique, une remise d'aides financières rétroactive sera appliquée aux soldes correspondant aux services admissibles générés avant la date d'autorisation de la demande. En outre, tout service admissible pourra faire l'objet d'une remise d'aides financières pendant une durée de 180 jours après la date d'autorisation de la demande. Pour tout service fourni après la période de 180 jours, le patient devra présenter une nouvelle demande pour bénéficier à nouveau d'aides financières pour les soins en question.

### **H. Remboursement de paiements antérieurs**

Au cas où un patient aurait payé l'intégralité ou une partie de sa facture et que, ultérieurement, il était admissible à des soins caritatifs ou soins à prix réduit dans le cadre de cette politique, AH rembourserait au patient la somme du trop-perçu versé à l'établissement dans les plus bref délais.

### **I. Recours relatif à une demande dans le cadre de cette politique**

Si un patient estime que sa demande d'aides financières n'a pas été dûment prise en considération conformément aux modalités de cette politique, ou bien s'il conteste les modalités de demande telles qu'elles s'appliquent à son cas, il peut déposer une demande de réexamen écrite auprès du directeur financier (Chief Financial Officer, CFO) de l'établissement AH où les services admissibles ont été fournis, celui-ci représentant l'autorité de dernier recours.

### **J. Facturation et recouvrement**

Les établissements AH suivront les procédures normalisées lorsqu'il s'agit d'attribuer un compte à une agence de recouvrement, y compris en ce qui concerne les niveaux d'autorisation. Le contrat de l'agence de recouvrement définit le champ d'activité de celle-ci, y compris les pratiques de recouvrement énoncées dans cette politique, et stipule que l'agence est tenue d'informer l'établissement AH lorsqu'un patient déclare être dans l'incapacité financière de payer sa facture.

Avant de prendre toute mesure de recouvrement à l'encontre d'un patient, l'établissement devra fournir un récapitulatif des droits du patient rédigé dans un langage simple. Ce récapitulatif sera jugé adéquat s'il est rédigé approximativement sous la forme suivante :

« La législation fédérale et d'État exige des agents de recouvrement qu'ils vous traitent avec équité et leur interdit de faire de fausses déclarations, de proférer des menaces de violences, d'utiliser un langage obscène ou blasphématoire et de communiquer abusivement avec un tiers, notamment avec votre employeur. Sauf en cas de circonstances exceptionnelles, les agents de recouvrement ne sont pas autorisés à vous contacter avant 8h et après 21h. En général, un agent de recouvrement est autorisé à contacter une autre personne dans le but de confirmer où vous demeurez ou pour exécuter une décision judiciaire. Pour obtenir plus de renseignements sur les activités de recouvrement de créances, vous pouvez contacter la commission fédérale du commerce (Federal Trade Commission) par téléphone au 1-877-FTC-HELP (382-4357) ou en ligne : [www.ftc.gov](http://www.ftc.gov). »

L'établissement doit également rédiger une déclaration précisant que des services conseillers en crédit, à but non lucratif, sont peut-être proposés dans la région du patient. Le message présenté ci-dessus sera incorporé à un prêt-à-poster et inclus dans le courrier initial de données concernant les contributions patient.

Les établissements AH interrompront leurs mesures de recouvrement auprès d'un patient ou garant pendant qu'il présente une demande d'admission à un programme d'aides sociales, tel que Medicaid, ce qui comprend le temps nécessaire pour présenter un recours en cas de réponse négative. Lorsque l'établissement détermine que le patient n'est pas admissible à recevoir les aides demandées ou qu'il n'a pas été suffisamment coopératif, les mesures de recouvrement peuvent reprendre. Les patients qui ne satisfont pas aux critères d'admissibilité ou qui ne coopèrent pas adéquatement doivent être minutieusement documentés.

Lorsqu'un patient ou son garant présente une demande d'aides financières, toute activité de recouvrement cessera jusqu'à ce qu'une décision ait été rendue et que le patient en ait été notifié. La décision doit être communiquée au patient au moyen de la lettre figurant dans l'Appendice B (rédigée en anglais ou dans l'une des langues étrangères LEP).

Lorsqu'un patient ou son garant est admissible pour des soins caritatifs dans le cadre de ce programme d'aides financières, toute mesure de recouvrement cesse et l'établissement doit s'efforcer d'annuler les mesures de recouvrement extraordinaires prises à l'encontre du patient ou de son garant.

Lorsque le patient ou son garant est admissible pour des soins à prix réduit avec contribution personnelle dans le cadre de ce programme d'aides financières, l'établissement élaborera un plan de remboursement raisonnable à la demande et avec la participation du patient ou de son garant, n'enverra pas les factures impayées à une agence de recouvrement et cessera toute mesure de recouvrement extraordinaire. Le plan de remboursement élaboré par l'établissement pour aider les patients admissibles dans le cadre de cette politique d'aides financières sera franc d'intérêt. Un plan de remboursement est déclaré inopérant lorsque le patient ou son garant ne s'acquitte pas de sa mensualité pendant une période de 90 jours. Avant de déclarer un plan inopérant, l'établissement ou l'agence de recouvrement s'efforcera dans la mesure du possible de contacter le patient par téléphone et par écrit pour l'informer que le plan de remboursement risque de devenir inopérant, et lui donnera l'occasion de renégocier ce plan. Avant que l'établissement ne puisse déclarer un plan de remboursement inopérant, il doit essayer de renégocier les modalités du plan de remboursement, si le patient ou son garant en fait la demande. Ni l'établissement ni l'agence de recouvrement n'est autorisé(e) à fournir des renseignements défavorables à un bureau de crédit avant que le plan n'ait été déclaré inopérant.

Les établissements AH et les agences de recouvrement ne prendront pas de **mesures de recouvrement extraordinaires**, telles qu'une retenue de salaire, la vente de la créance, signaler la créance à un/des bureau(x) de crédit, exiger un paiement avant de fournir des soins, obtenir un privilège sur une résidence principale, ou toute autre action juridique à l'encontre d'un quelconque patient, dans les 241 jours suivant la réception de la première facture de post-sortie du patient.

L'établissement et les agences de recouvrement s'efforceront dans la mesure du possible de notifier le patient avant de prendre toute mesure de recouvrement extraordinaire. Ces mesures sont, entre autres : fournir un avis écrit décrivant la politique d'aides financières, fournir un récapitulatif dans un langage simple, identifier et informer le patient des mesures de recouvrement extraordinaires spécifiquement prises à son encontre et

s'efforcer dans la mesure du possible de notifier verbalement le patient ou son garant. Toutes ses mesures doivent être prises au moins 30 jours avant d'entreprendre des mesures de recouvrement extraordinaires, afin d'accorder au patient suffisamment de temps pour répondre à l'avis qui lui a été envoyé.

Lorsque l'agence de recouvrement détermine que le patient ou son garant peut rembourser ses factures médicales mais refuse de le faire, l'agence peut être autorisée à tenter des poursuites en justice pour recouvrer le solde impayé, à condition que ces poursuites soient entreprises après une période de 240 jours suivant la réception de la première facture de post-sortie. Lorsque l'agence détermine que des poursuites en justice sont nécessaires et que les critères s'appliquant aux mesures de recouvrement ont été remplis, l'agence doit présenter une demande écrite au directeur financier de l'établissement avant d'entamer des poursuites. Cette demande doit comprendre tous les détails de l'affaire, notamment une copie de tout document indiquant à l'agence que le patient ou son garant est en mesure de rembourser sa facture. Le directeur financier de l'établissement doit autoriser par écrit toute poursuite judiciaire. Le directeur financier ne peut pas déléguer cette autorité. Les établissements doivent conserver en permanence une copie de l'autorisation de poursuites judiciaires signée, et une notation doit figurer dans la section Remarques du compte électronique PFS du patient. En aucun cas l'agence n'est autorisée à entreprendre des poursuites judiciaires comme mesures de dernier recours pour motiver le patient à rembourser sa créance, si elle ne dispose pas de renseignements sur la situation financière du patient ou de son garant.

#### **K. Informer les patients et leurs familles**

Par le biais de la publication de cette politique sur le site Web de AH, les renseignements fournis directement par les conseillers financiers et les informations publiées, telles qu'elle sont énoncées dans cette politique (Section III.B.).

#### **L. Documentation**

Demande confidentielle d'aides financières (Voir l'Appendice A de cette politique).

#### **M. Liste des prestataires concernés**

La liste des prestataires concernés et non concernés (figurant dans l'annexe C de cette politique) qui fournissent des soins d'urgence et autres soins médicaux indispensables au sein de l'établissement, sera mise à jour au minimum tous les trimestres et sera diffusée par le biais des méthodes décrites dans la section III.B. de cette politique.

#### **N. Procédures normalisées relatives aux aides financières**

L'établissement adhèrera aux procédures internes normalisées pour administrer la politique d'aides financières, lesquelles figurent dans un autre document de « procédures relatives aux aides financières » publié par AH.

#### **O. Organisme agréé**

Le Comité d'administration juridique de Adventist Health est l'organisme agréé pour autoriser cette politique et toute modification ultérieure qui pourrait y être apportée.

---

**AUTEUR** : Services financiers aux patients

**AUTORISÉ** : Gouvernance des cycles de revenus 18/9/2015 ; Cabinet exécutif 1/12/2014 ; Autorisé par le Conseil d'administration 15/12/2015

**DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR** : 29/12/2015

**RÉVISÉ** : 12/11/14; **RÉVISION** : 21/12/09, 25/01/11, 03/06/2011, 27/01/11, 13/05/13, 03/02/14, Nov 2014 (SB1276), 22/01/15 (révisé FPL) ; 17/12/2015 (501(r)); 19/04/17 (révisé PFS); 01/03/18 (taux FPL et AGB révisés)

**DISTRIBUTION** : Directeurs Services financiers aux patients (PFS), Directeurs financiers (CFO)

APPENDICE A

Nom du patient _____	Établissement : _____ DOS : _____
Numéro du patient _____	<b>Déclaration financière confidentielle (Demande)</b>

**PARTIE RESPONSABLE**

Nom	Situation maritale	Numéro de sécurité sociale
Adresse, ville, état, code postal	Depuis combien de temps habitez-vous à cette adresse ?	Numéro de téléphone fixe
Noms et adresses des employeurs (Si vous êtes sans emploi, depuis quand l'êtes-vous ?)		Numéro de téléphone professionnel
Poste / Intitulé	Revenus mensuels – Brut	Revenus mensuels – Net
		Depuis quand travaillez-vous chez votre employeur actuel ?

**ÉPOUX/ÉPOUSE**

Nom	Numéro de sécurité sociale
Nom et adresse de son employeur	Numéro de téléphone professionnel
Poste / Intitulé	Revenus mensuels – Brut
	Revenus mensuels – Net
	Depuis quand travaille-t-il/elle chez son employeur actuel ?

**PERSONNES À CHARGE**

Nom et année de naissance des personnes à charge dans le foyer	Nombre total de personnes à charge dans le foyer ____	D'autres personnes contribuent-elles ? Si oui, donnez un montant : Oui/Non Montant
--	---	--

**REVENUS MENSUELS ET ACTIFS**

Dividendes, intérêts \$	Pension alimentaire matrimoniale / pour enfant \$
Aides sociales / coupons alimentaires \$	Revenus de location \$
Sécurité sociale \$	Bourses / subventions \$
Allocations de chômage \$	(IRA) Compte retraite individuel \$
Indemnités pour accident de travail \$	Autre \$
Économies \$	

**DÉPENSES MENSUELLES**

Hypothèque / loyer : \$ Solde : \$	Dépenses médicales / dentaires \$
Vous êtes propriétaires (maison, appartement, etc.) ? (Oui/Non)	Médecin – Nom \$
Aliments \$	Médecin – Nom \$
Charges : \$	Médecin – Nom \$
Facture d'électricité \$	Cartes de crédit : \$
Essence \$	Visa Limite \$
Eau et assainissement \$	Mastercard Limite \$
Ramassage des ordures \$	Discover Limite \$
Téléphone \$	Autre Limite \$
Câble \$	Prêts remboursables par versements \$
Mensualités de crédit automobile \$	Pension alimentaire pour enfant \$
Dépenses automobiles \$	Dépenses diverses \$
Assurances :	
Assurance automobile \$	
Assurance-vie \$	
Assurance-maladie \$	

À ma connaissance, les renseignements fournis ci-dessus sont exacts.

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION  
Revenus bruts \_\_\_\_\_  
Revenus nets \_\_\_\_\_  
Total des dépenses \_\_\_\_\_  
Total des revenus nets (perte) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU PATIENT/GARANT

\_\_\_\_\_  
DATE

## APPENDICE B

Nom de l'établissement  
Adresse de l'établissement  
Numéro de téléphone de l'établissement

Date

Nom du garant  
Adresse du garant

OBJET : Numéro de compte :  
Nom du patient :  
Dates de service :  
Solde de compte :

- Nous avons examiné votre compte pour déterminer si vous êtes en droit de bénéficier d'aides caritatives. Après avoir examiné tous les documents financiers que vous avez fournis, il a été déterminé que vous satisfaites aux critères d'admissibilité pour être en droit de recevoir des aides caritatives complètes pour ce compte.
- Nous avons examiné votre compte pour déterminer si vous êtes en droit de bénéficier d'aides caritatives. Après avoir examiné tous les documents financiers que vous avez fournis, il a été déterminé que vous ne satisfaites pas aux critères d'admissibilité pour être en droit de recevoir des aides caritatives complètes pour ce compte.
- Nous avons examiné votre compte pour déterminer si vous êtes en droit de bénéficier d'aides caritatives. Après avoir examiné tous les documents financiers que vous avez fournis, il a été déterminé que vous satisfaites aux critères d'admissibilité pour être en droit de recevoir des aides caritatives partielles pour ce compte. (Solde de compte) est la part restante et il est de votre responsabilité de la rembourser.

Si vous pensez que cette décision est une erreur, vous êtes en droit de former un recours. Présentez votre recours sous forme écrite et adressez-le au directeur des Services financiers aux patients (Patient Financial Services) et à l'adresse indiquée sur cette lettre.

Pour toute question, n'hésitez pas à nous contacter au (numéro de téléphone de l'établissement) pendant les heures normales de bureau.

Services financiers aux patients (Patient Financial Services Department)  
Nom de l'établissement  
No. de téléphone de l'établissement

**APPENDICE C**
**SEUILS DE PAUVRETÉ FÉDÉRAL (FPL) ANNÉE 2018**

<b>Nombre de membres dans la famille</b>	<b>48 États contigus et le District of Columbia</b>	<b>Alaska</b>	<b>Hawaï</b>
1	12 140 \$	15 180 \$	13 960 \$
2	16 460	20 580	18 930
3	20 780	25 980	23 900
4	25 100	31 380	28 870
5	29 420	36 780	33 840
6	33 740	42 180	38 810
7	38 060	47 580	43 780
8	42 380	52 980	48 750
Pour chaque personne supplémentaire, ajoutez	4 320	5 400	4 970

<http://www.aspe.hhs.gov/poverty/>

## ANNEXE A

## LISTE DES ÉTABLISSEMENTS CONCERNÉS

Liste des établissements Adventist Health concernés par cette politique :

<b>Faisant affaire sous le nom de (Doing Business As, DBA)</b>
Adventist Health Hanford
Adventist Medical Center - Portland
Adventist Health Reedley
Adventist Health Tehachapi Valley
Adventist Health Selma
Adventist Health Castle
Adventist Health Feather River
Adventist Health Glendale
Adventist Health Howard Memorial
Adventist Health Lodi Memorial
Adventist Health Clear Lake
Adventist Health St. Helena
Adventist Health Vallejo
Adventist Health Bakersfield
Adventist Health Simi Valley
Adventist Health Sonora
Tillamook Regional Medical Center
Adventist Health Ukiah Valley
Adventist Health White Memorial
Adventist Health Physicians Network
Western Health Resources



ANNEXE B

Montant habituellement facturé (Amount Generally Billed, AGB) pour les établissements de Californie :

Tableau AGB no. 1

La méthode utilisée pour calculer le montant AGB prend en compte les demandes de paiement précédemment réglées, pour les paiements à l'acte de Medicare, y compris les parts prises en charge par les personnes assurées. Un seul pourcentage moyen pour frais globaux ou plusieurs pourcentages pour diverses catégories de soins ou autres services. Le taux AGB sera mis à jour annuellement chaque 1er janvier et toute modification sera appliquée dans les 120 jours suivant la décision.

Établissement	Service	Entrée en vigueur	Taux AGB
Adventist Health Hanford	Tous les services	01/03/2018	25 %
Adventist Health Selma	Tous les services	01/03/2018	25 %
Adventist Health Reedley	Tous les services	01/03/2018	11 %
Adventist Health Tehachapi Valley	Tous les services	01/03/2018	38 %
Adventist Health Feather River	Tous les services	01/03/2018	13 %
Adventist Health Glendale	Tous les services	01/03/2018	18 %
Adventist Health Howard Memorial	Tous les services	01/03/2018	35 %
Adventist Health Lodi Memorial	Tous les services	01/03/2018	12 %
Adventist Health Clear Lake	Tous les services	01/03/2018	30 %
Adventist Health St. Helena	Tous les services	01/03/2018	15 %

Adventist Health Vallejo	Tous les services	01/03/2018	15 %
Adventist Health Bakersfield	Tous les services	01/03/2018	17 %
Adventist Health Simi Valley	Tous les services	01/03/2018	15 %
Adventist Health Sonora	Tous les services	01/03/2018	22 %
Adventist Health Ukiah Valley	Tous les services	01/03/2018	18 %
Adventist Health White Memorial	Tous les services	01/03/2018	20 %

Montant habituellement facturé (AGB ou Amount Generally Billed) s'appliquant aux établissements des États de l'Oregon, de Washington et de Hawaï :

Tableau AGB no. 2

La méthode utilisée pour calculer le montant AGB prend en compte les demandes de paiement précédemment réglées, pour les paiements à l'acte de Medicare avec toutes les caisses maladie privées, y compris les parts prises en charge par les personnes assurées. Un seul pourcentage moyen pour frais globaux ou plusieurs pourcentages pour diverses catégories de soins ou autres services. Le taux AGB sera mis à jour annuellement chaque 1<sup>er</sup> janvier et toute modification sera appliquée dans les 120 jours suivant la décision.

Établissement	Service	Entrée en vigueur	Taux AGB
Adventist Medical Center - Portland	Tous les services	01/03/2018	29 %
Adventist Health Castle	Tous les services	01/03/2018	38 %
Tillamook Regional Medical Center	Tous les services	01/03/2018	46 %

Tableau AGB no. 3

La méthode utilisée pour calculer le montant AGB prend en compte les demandes de paiement précédemment réglées, pour les paiements à l'acte de Medicare, y compris les parts prises en charge par les personnes assurées. Un seul pourcentage moyen pour frais globaux ou plusieurs pourcentages pour diverses catégories de soins ou autres services. Le taux AGB sera mis à jour annuellement chaque 1<sup>er</sup> janvier et toute modification sera appliquée dans les 120 jours suivant la décision.

Établissement	Service	Entrée en vigueur	Taux AGB
Adventist Health Physician Network	Tous les services	01/03/2018	30 %
Western Health Resources	Tous les services	01/03/2018	74 %

## ANNEXE C

## Listes des médecins concernés et non concernés

La liste des médecins concernés et non concernés au sein de l'établissement à qui s'applique cette politique, qui fournissent des soins d'urgence ou autres soins médicalement indispensables dans l'établissement, est conservée dans un document complémentaire intitulé « PFS-112 Financial Assistance Covered and Noncovered Physicians List ». Cette liste est mise à jour tous les trimestres, elle est publiée sur le site Web et elle est fournie par écrit avec les modalités de la politique.

Ci-dessous, vous trouverez une liste des établissements figurant dans ce document complémentaire :

<b>Faisant affaire sous le nom de (DBA)</b>
Adventist Health Hanford
Adventist Health Selma
Adventist Medical Center - Portland
Adventist Health Reedley
Adventist Health Tehachapi Valley
Adventist Health Castle
Adventist Health Feather River
Adventist Health Glendale
Adventist Health Howard Memorial
Adventist Health Lodi Memorial
Adventist Health Clear Lake
Adventist Health St. Helena
Adventist Health Vallejo
Adventist Health Bakersfield
Adventist Health Simi Valley
Adventist Health Sonora
Tillamook Regional Medical Center
Adventist Health Ukiah Valley
Adventist Health White Memorial
Adventist Health Physicians Network
Western Health Resources