

Politique d'aide financière pour les hôpitaux de l'Oregon

Avis de non-responsabilité

AVIS JURIDIQUE DE NON-RESPONSABILITÉ PDF : Ce PDF a été demandé le 17/10/2025. Les PDF ne doivent pas être utilisés comme documentation officielle. Le contenu des documents officiels est susceptible d'être modifié sans préavis. L'application Lucidoc ne déclare pas ni ne donne aucune garantie quant à l'exhaustivité, l'exactitude, la « mise à jour » ou l'adéquation des informations ou du matériel contenus dans le présent document. Veuillez vous référer à l'application Lucidoc pour les informations les plus récentes.

AVIS JURIDIQUE DE CONFIDENTIALITÉ : Ce PDF, qui peut contenir des informations confidentielles, est destiné uniquement au destinataire. Les informations peuvent également être légalement protégées. Cette transmission est envoyée en toute confidentialité, dans le seul but de la remettre au destinataire. Si vous avez reçu cette transmission par erreur, toute utilisation, reproduction ou diffusion de cette transmission est strictement interdite. Si vous n'êtes pas le destinataire, veuillez en informer immédiatement l'expéditeur et supprimer définitivement ce fichier.

Agréments

- Approbation du comité : approuvé par la Nonclinical Policy Review Team - Revenue Cycle le 07/11/2024
 - Approbation du comité : approuvé par le AH System Board le 14/11/2024
-

Aperçu de la révision

ID de document : 14738
Nombre de révisions : 0
Propriétaire : Meri Edjhuryan, Directrice multi-sites, Patient Access
Date officielle de révision : 14/11/2024

Note de révision :

Ces demandes supplémentaires d'approbation du conseil d'administration sont dues à plusieurs facteurs.

1. Les modifications de la législation de l'Oregon entrées en vigueur le 01/07/2024 ont nécessité des changements.
2. La HRSA exigeait des modifications pour nos RHC que nous n'étions pas en mesure d'intégrer dans le cadre de la politique d'aide financière standard, c'est pourquoi des avenants ont été créés pour les RHC de CA, OR et HI.
3. L'application de l'AB 1020 par la HCAI a débuté le 01/01/2024. Nous avons eu d'importants problèmes à régler à cet égard.
4. En raison des multiples exigences imposées par l'Oregon et la Californie, nous avons jugé nécessaire de diviser notre politique d'aide financière en trois politiques distinctes axées sur chaque État. Nous vous demandons d'approuver les politiques de l'Oregon et de la Californie (ainsi que trois avenants RHC). Une politique HI/WA est actuellement en cours d'élaboration.

Pour information, des modifications législatives supplémentaires en Californie ont été adoptées avec les dates de mise en œuvre suivantes :

POLITIQUE NORMALISÉE : POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE POUR LES HÔPITAUX DE L'OREGON

RÉSUMÉ/OBJET DE LA POLITIQUE :

Cette politique décrit la politique d'aide financière d'Adventist Health (soins caritatifs et soins à prix réduit) pour ses hôpitaux et cliniques affiliés dans l'Oregon. Adventist Health fournit une aide financière aux patients et aux familles lorsqu'ils ne sont pas en mesure de payer, en totalité ou en partie, leur facture médicale, conformément aux normes ci-dessous. Cette politique décrit comment Adventist Health examine les ressources financières d'un patient pour déterminer si une aide financière peut lui être fournie. L'objectif de cette politique est de se conformer aux lois et règlements fédéraux, de l'état et locaux applicables. Adventist Health ne pratique aucune discrimination et évalue de manière équitable l'éligibilité à l'aide financière pour les membres de la communauté qui pourraient avoir besoin d'un soutien financier. Adventist Health propose également un barème dégressif de remises pour les cliniques de santé rurale aux patients de celles-ci, comme indiqué à l'[Annexe F](#), en plus de l'aide financière décrite dans la présente politique.

Adventist Health s'engage à fournir une aide financière aux patients qui ont besoin de soins de santé mais disposent de moyens limités, voire inexistants, pour les payer. L'aide financière comprend les soins caritatifs (soins gratuits) et les soins à prix réduit. Adventist Health propose également des remises pour les cliniques de santé rurales, telles que définies à l'[Annexe F](#), en plus de l'aide financière décrite dans la présente politique. Adventist Health détermine l'éligibilité à l'aide financière, telle que décrite dans la présente politique, sur la base : (1) des revenus et (2) du type de service demandé. La présente politique décrit les critères d'éligibilité et le niveau d'aide financière proposé aux patients remplissant les critères spécifiés.

Les soins caritatifs et les soins à prix réduit ne se substituent pas à la responsabilité personnelle. Les patients doivent collaborer avec l'établissement lorsqu'ils demandent une aide financière. Les personnes doivent contribuer à payer le coût de leurs soins en fonction de leur capacité de paiement. Les personnes ayant les moyens de souscrire une assurance maladie seront encouragées à le faire, car cela contribue à améliorer leur accès aux services de santé.

Tous les patients seront informés de la politique d'aide financière et de la manière d'accéder au formulaire de demande d'aide financière. Certains patients seront présumés éligibles à une aide financière sans qu'une demande supplémentaire soit nécessaire. Les patients peuvent solliciter une aide financière en soumettant une demande accompagnée des pièces justificatives requises, le cas échéant.

Adventist Health appliquera les normes de la présente politique pour statuer sur chaque demande d'aide financière et informera chaque demandeur de sa décision.

Les candidats insatisfaits de la décision rendue peuvent faire appel auprès d'Adventiste de la santé. Le recouvrement de toute part restante de la responsabilité financière du patient sera soumis à la politique de facturation et de recouvrement des patients sans assurance d'Adventist Health.

Adventist Health fournit, sans discrimination, des soins pour les conditions médicales d'urgence aux personnes, indépendamment de leur éligibilité à une aide au titre de la présente politique, comme indiqué dans la politique EMTALA de chaque hôpital Adventist Health et au sous-chapitre G du chapitre IV du titre 42 du Code des règlements fédéraux (ou tout règlement ultérieur).

DÉFINITIONS :

1. **Montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB)**- Les montants généralement facturés pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires aux particuliers ayant une assurance couvrant de tels soins. Il s'agit généralement d'un pourcentage des montants bruts. Les pourcentages de l'AGB pour chaque établissement hospitalier sont mis à jour chaque année.
2. **Demande** – Formulaire de demande d'aide financière d'Adventist Health.
3. **Période de demande** - Période pendant laquelle Adventist Health doit accepter et traiter une demande d'aide financière en vertu de sa politique d'aide financière soumise par un particulier, afin d'avoir fait des efforts raisonnables pour déterminer s'il est admissible à une aide financière en vertu de ladite politique. La période de demande commence à la date à laquelle les soins sont dispensés et se termine au plus tard le 240^e jour suivant la date à laquelle le premier relevé de facturation après la sortie est émis, 12 mois après que le patient a réglé les services fournis, ou le 30^e jour suivant la date à laquelle Adventist Health a adressé à la personne un avis écrit fixant un délai au-delà duquel des mesures de recouvrement extraordinaires peuvent être engagées.
4. **Soins caritatifs** - Soins gratuits dispensés lorsque le patient n'est pas tenu de s'acquitter de sa part des frais pour les articles et services fournis par Adventist Health.
5. **Soins à prix réduit** - Une déduction du prix des services, des essais ou des protocoles, accordée en échange d'un paiement en espèces, rapide ou anticipé, ou à certaines catégories de patients, par exemple les patients sans assurance.
6. **Soins médicaux d'urgence** - Désigne les services et les soins d'urgence, tels que définis dans la politique de Adventist Health Emergency Medical Treatment et la Labor Act Policy (EMTALA) #AD-06-019-S.
7. **Aide financière** - Soins caritatifs et soins à prix réduit.
8. **Déclaration de revenus fédérale** - Le ou les formulaires de l'Internal Revenue Service (IRS) utilisés pour déclarer les revenus imposables. Le formulaire de l'IRS doit être un exemplaire des formulaires signés et datés envoyés à l'IRS.
9. **Seuil fédéral de pauvreté (FPL)** - Les seuils de pauvreté mis à jour périodiquement dans le Federal Register par le département américain de la Santé et des Services sociaux, en vertu de son autorité légale. Ces niveaux sont définis à l'[Annexe C](#).
10. **Ménage** - (i) Une personne seule, ou des conjoints, des concubins, ou un parent et un enfant de moins de 18 ans vivant ensemble, et (ii) toute autre personne dont la responsabilité financière est assumée par une personne seule, un conjoint, un concubin ou un parent.

11. **Revenus du ménage** - Les revenus combinés du patient sollicitant une aide financière et de son ménage, conformément à la présente politique. Les revenus tels qu'utilisés ici comprennent toutes les sources (telles que définies à l'[Annexe D](#)) servant au calcul du revenu brut ajusté, tel qu'indiqué à la ligne 11 du formulaire 1040, déclaration de revenus des particuliers aux États-Unis.
12. **Médicalement nécessaire** - Un service est « médicalement nécessaire » ou constitue une « nécessité médicale » lorsqu'il est nécessaire pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie, une blessure, un état pathologique, ou les symptômes de ceux-ci, et qu'il est conforme aux normes médicales reconnues.
13. **Services financiers pour les patients (Patient Financial Services, PFS)**- Service d'Adventist Health responsable de la facturation, de la perception et du traitement des paiements.
14. **Politique ou politique d'aide financière (Financial Assistance Policy, FAP)** - la présente politique d'aide financière d'Adventist Health.
15. **Remises pour les cliniques de santé rurale** - Barème dégressif de remises disponibles pour les patients des cliniques de santé rurales, tel que défini à l'[Annexe F](#). Ce programme est conçu pour fournir des soins gratuits ou à prix réduit aux personnes qui n'ont pas les moyens, ou des moyens limités, de payer leurs services médicaux (non assurées ou sous-assurées).

DÉPARTEMENTS/SERVICES CONCERNÉS :

- A. Services financiers pour les patients (PFS)
 - B. Patient Access
 - C. Conformité
 - D. Finance
-

POLITIQUE : CONFORMITÉ – ÉLÉMENTS CLÉS

1. Qu'est-ce qui est couvert par la présente politique d'aide financière ?

a. Prestataires couverts

L'aide financière au titre de la présente politique inclut les services de santé fournis dans les établissements détenus et exploités par Adventist Health en Oregon, répertoriés à l'[Annexe A](#). Cela inclut les cliniques exploitées sous le contrôle ou la propriété commune d'Adventist Health. Les soins à prix réduit et les soins caritatifs au titre de la présente politique couvrent également les services dispensés par les praticiens répertoriés en tant que « prestataire couvert » dans la documentation de l'[Annexe B](#).

b. Services éligibles

Les services suivants sont exclus et ne sont pas éligibles à l'aide financière au titre de la présente politique, sauf disposition légale contraire :

- les services et fournitures de santé qui ne sont pas médicalement nécessaires ;
- les achats effectués auprès des commerces de détail d'un hôpital, tels que les boutiques cadeaux et la cafétéria ;

- les services non hospitaliers, tels que les services médicaux, qui ne sont pas facturés par l'hôpital, à l'exception des services dispensés par les prestataires couverts répertoriés dans la documentation de l'Annexe B ; et
- les services qui ne sont pas des services hospitaliers agréés ou des services de cliniques affiliées à un hôpital.

2. Présélection pour l'éligibilité présumée

Adventist Health se réserve le droit d'accorder une aide financière présumée aux personnes via le processus de présélection si elle détermine que la personne est éligible à une aide financière pour les soins reçus, sur la base d'informations autres que celles fournies par la personne ou d'une décision antérieure relative à l'aide financière. Les patients jugés présumés éligibles à l'aide financière ne seront pas tenus de remplir le formulaire de demande d'aide financière ni de se soumettre à un examen.

a. Aide financière antérieure

Avant tout processus de présélection, Adventist Health vérifiera si le patient a déjà bénéficié d'une aide financière au sein de l'hôpital au cours des 12 derniers mois. Le cas échéant, le patient recevra automatiquement l'ajustement de coût correspondant sur sa facture, avant réception du relevé de facturation.

b. Processus de présélection

Lors de la présentation d'un patient dans un établissement Adventist Health et avant réception d'une facture, Adventist Health procédera à une présélection des patients pour déterminer leur éligibilité présumée s'ils répondent à l'un des critères suivants :

- Non-assurés ;
- Inscrit(e) à un programme Medicaid, CHIP, Healthier Oregon, Bridge ou tout autre programme d'assistance médicale de l'État ;
- Devra à l'hôpital au moins 500 \$ après les ajustements effectués par l'assurance ou d'autres tiers payeurs ;
- tel que documenté dans son dossier médical ; ou
- Éligible à un programme de prestations publiques comprenant la Sécurité sociale, les allocations d'assurance chômage, Medicaid, County Indigent Health, TANF, Food Stamps, WIC ou tout autre programme de prestations publiques dont les critères d'éligibilité sont similaires à ceux de la présente politique.

Adventist Health peut utiliser les données existantes dans ses systèmes, notamment les dossiers des patients, les informations recueillies lors de l'enregistrement, les informations fournies volontairement par le patient, les ajustements d'aide financière antérieurs et l'éligibilité existante à des programmes d'aide sous condition de ressources reflétant raisonnablement le revenu approximatif du ménage du patient, tels que Medicaid, SNAP ou TANF. Le patient ne sera pas tenu de présenter de documents justificatifs relatifs aux critères d'éligibilité, mais Adventist Health acceptera tout document soumis volontairement par le patient pouvant faciliter le processus de présélection.

De plus, Adventist Health peut faire appel à un prestataire tiers de vérification des revenus, MedeAnalytics, pour estimer le revenu du ménage à des fins de présélection. Ce processus n'aura pas d'impact négatif sur le score de crédit du patient.

Si la méthode de présélection d'Adventist Health décrite ci-dessus ne permet pas d'obtenir d'informations sur le patient, Adventist Health fera de son mieux pour déterminer le statut d'éligibilité présumée du patient sur la base des autres informations dont elle dispose.

c. Détermination de l'éligibilité présumée

Sur la base des données issues du processus de présélection, Adventist Health déterminera le statut d'éligibilité présumée du patient selon les mêmes critères d'éligibilité décrits ci-dessous.

Adventist Health informera le patient par écrit du résultat du processus de présélection, en indiquant clairement si le patient est présumé éligible à une aide financière et dans quelle mesure. Le processus de présélection et la décision qui en découle ne constituent pas une demande d'aide financière et n'empêchent pas le patient de solliciter une aide financière.

Si le patient n'est pas jugé présumé éligible ou est présumé éligible à une aide financière inférieure au niveau maximal disponible, il est encouragé à soumettre une demande d'aide financière selon le processus décrit ci-dessous. Adventist Health fournira au patient de plus amples informations sur le processus décrit ci-dessous dans la notification d'éligibilité présumée qui lui sera adressée. Le patient est éligible à une demande d'aide financière tout au long de la « période de demande », soit dans les 240 jours suivant le relevé de facturation initial pour les soins dispensés, 12 mois après que le patient a réglé les services fournis, ou au moins 30 jours après qu'Adventist Health a adressé au patient un avis écrit fixant un délai au-delà duquel des actions de recouvrement extraordinaires peuvent être engagées (ou tout délai supplémentaire exigé par les lois et règlements fédéraux et étatiques applicables).

3. Demander une aide financière

a. Accès à la politique d'aide financière et au formulaire de demande

Adventist Health met à disposition des informations sur sa politique d'aide financière et son formulaire de demande, ainsi que sur sa politique de remises pour les cliniques de santé rurale et le formulaire correspondant, par de nombreux moyens, conformément aux lois et réglementations fédérales et étatiques applicables. Des informations sur la présente politique sont disponibles sur la page d'accueil de chaque hôpital et sur tout site web permettant au patient de régler une facture ou d'accéder à son dossier, affichées dans les espaces hospitaliers accessibles au public tels que les urgences, les salles d'attente des consultations externes et les zones d'admission, sur chaque relevé de facturation, ainsi que sous forme de résumés en langage clair mis à la disposition de tous les patients. Le personnel de l'hôpital doit diriger les patients, les tuteurs ou les membres de la famille qui demandent une aide financière ou des informations à ce sujet, ou qui semblent potentiellement éligibles à une aide financière, vers tout bureau d'inscription hospitalier ou par téléphone au (844) 827-5047, afin de leur remettre une copie papier de la présente politique et un formulaire de demande.

Une présentation du programme d'aide financière d'Adventist Health, du programme de remises pour les cliniques de santé rurale, ainsi que les formulaires de demande correspondants sont disponibles sur la page [Adventist Health Aide au paiement de votre facture](#). Adventist Health veille à ce que la présente politique soit traduite dans chaque langue parlée par au moins 1 000 personnes ou cinq pour cent de la population résidant dans la zone desservie par chaque hôpital, soit interprétée dans d'autres langues et rendue accessible sous des formats alternatifs pour les personnes en situation de handicap.

b. Autres formes de couverture de santé

Chaque établissement détenu et exploité par Adventist Health doit faire tous les efforts raisonnables pour obtenir du patient ou de son représentant des informations permettant de déterminer si une assurance maladie privée ou publique, ou toute autre prise en charge, peut couvrir intégralement ou partiellement les frais des soins dispensés par l'hôpital. Ces efforts comprendront notamment l'aide au patient pour trouver des options d'assurance, y compris, sans s'y limiter :

- Assurance maladie privée
- Medicare
- Le programme Medicaid, le programme CHIP ou d'autres programmes financés par l'État destinés à fournir une couverture de santé.

Si un patient a fait une demande ou est en instance de demande pour un autre programme de couverture médicale parallèlement à sa demande d'aide financière, aucune des deux demandes ne mettra fin à l'admissibilité à l'autre programme.

L'aide financière ne libère pas le patient ou le garant de sa responsabilité de s'assurer du paiement des services de santé. Adventist Health s'attend à ce que les patients collaborent avec Adventist Health pour trouver d'autres sources de paiement, ou de couverture, à partir de programmes de paiement publics et/ou privés. Le patient ou le garant est responsable du respect des conditions de couverture de son assurance ou de son régime de santé, s'il a une assurance tierce ou un régime de santé. Dans le cas contraire, l'aide financière peut être refusée.

c. Processus de demande

Pour être éligible à une aide financière au titre de la présente politique, le patient ou le garant doit soumettre un formulaire de demande d'aide financière confidentiel, sincère, exact et complet, par courrier ou en ligne, dans le délai de la période de demande. Le formulaire de demande d'aide financière doit être rempli par écrit et peut être complété par le patient avec l'aide d'un membre du personnel ou de l'encadrement du Service des finances aux patients. Le formulaire de demande d'aide financière doit être signé par le patient ou son représentant légal. Les justificatifs de revenus se limitent aux documents suivants :

- Des bulletins de salaire récents datant de moins de 6 mois avant ou après la première facturation du patient (ou lors de la soumission de la demande en amont des soins) ;
- Une copie de la déclaration de revenus fédérale (formulaire 1040) du patient et de son conjoint ou partenaire de vie pour l'année de la première facturation ou les 12 mois précédant celle-ci ;
- Une attestation de retenue à la source (formulaire W-2) ou un formulaire 4506-T (si le W-2 n'a pas été déposé) ;
- Des déclarations écrites et signées de l'employeur ou de toute autre personne décrivant les revenus du ménage.

Tout patient, ou son représentant légal, qui sollicite des soins à prix réduit, des soins caritatifs ou toute autre aide pour faire face à ses obligations financières envers l'hôpital doit faire tout effort raisonnable pour fournir à l'hôpital les justificatifs relatifs à ses revenus et à sa couverture de soins de santé. Les documents fournis dans le cadre de la demande ne seront utilisés qu'aux fins de la décision relative à l'aide financière et ne seront pas utilisés à des fins de recouvrement.

Une personne est considérée comme ayant soumis un formulaire de demande d'aide financière complet si elle fournit des informations et des documents suffisants pour permettre à l'établissement hospitalier de déterminer son éligibilité à l'aide financière. Une demande est incomplète si la personne fournit des informations et des documents insuffisants pour déterminer son éligibilité à l'aide financière.

d. Notification de la détermination/correction relative à la demande d'aide financière

Dès qu'un établissement Adventist Health a examiné le formulaire de demande d'aide financière et statué sur la base des critères d'éligibilité énoncés ci-dessous, il notifie la personne par courrier et par écrit de cette décision (y compris, le cas échéant, le type d'aide auquel elle est éligible) et des motifs de cette décision.

Tout avis de décision relative à l'aide financière motivé par une demande incomplète, des documents manquants ou des erreurs doit décrire clairement les lacunes constatées et les mesures que le patient peut prendre pour compléter sa demande en y remédiant. L'avis comprendra une description claire de la façon dont le patient peut soumettre des corrections ou des documents supplémentaires et faire appel, que ce soit par la soumission d'une déclaration écrite ou de pièces justificatives complémentaires, ou en sollicitant un réexamen auprès du responsable financier de l'hôpital ou de son délégué. Une personne peut soumettre des corrections ou des documents supplémentaires ou faire appel au plus tard : (1) 240 jours après la date du premier relevé de facturation post-sortie ou (2) 45 jours à compter de la date à laquelle le patient a été informé de la décision relative à l'aide financière.

Adventist Health peut poursuivre ses pratiques de facturation standard en l'absence d'appel en cours, lesquelles doivent être suspendues si un appel est soumis.

e. Effets de la décision relative à l'aide financière

S'il est jugé éligible à une aide financière, qu'il s'agisse de soins caritatifs ou de soins à prix réduit, l'établissement doit lui fournir un relevé de facturation indiquant le montant dont il est désormais redevable pour les soins reçus, la façon dont ce montant a été calculé et la manière dont il peut obtenir des informations sur les montants généralement facturés (« AGB ») pour ces soins. Si le patient est jugé éligible à des soins à prix réduit, il peut conclure un plan de paiement échelonné pour régler sa facture de manière progressive. L'hôpital et le patient négocieront les modalités du plan de paiement en tenant compte du revenu du ménage et des dépenses de subsistance du patient.

Le cas échéant, l'établissement remboursera à la personne tout montant versé pour les soins (que ce soit à l'établissement hospitalier ou à toute autre partie à laquelle la dette a été cédée ou vendue) qui excède le montant dont elle est personnellement redevable après application de l'aide financière.

L'approbation de l'aide financière est valable 12 mois à compter de la date d'approbation. Cet ajustement sera appliqué à tous les soldes de dossiers patients éligibles, y compris ceux antérieurs à la date d'approbation de la demande. Pour les factures reçues plus de 12 mois après l'approbation de l'aide financière, le patient devra soumettre un nouveau formulaire de demande d'aide financière s'il souhaite en bénéficier pour ces factures.

f. Recours contre la décision relative à l'aide financière

Les patients peuvent soumettre une demande écrite de réexamen, soit par la soumission d'une déclaration écrite ou de pièces justificatives complémentaires, soit en sollicitant un examen par le responsable financier de l'établissement Adventist Health dans lequel ils ont reçu des soins. Un tel appel devrait démontrer que la personne:

- estime que sa demande d'aide financière n'a pas été approuvée conformément à la présente politique ; ou

- n'est pas d'accord avec la façon dont la politique a été appliquée à son cas.

Un appel doit être fait au plus tard : (1) 240 jours après la date du premier relevé de facturation post-sortie ou (2) 45 jours à compter de la date à laquelle le patient a été informé de la décision relative à l'aide financière. Dès réception d'un appel, l'établissement suspend toutes les activités de recouvrement et en informe l'agence de recouvrement concernée, le cas échéant. L'établissement adressera également au patient une confirmation écrite de la réception de l'appel, incluant un avis de suspension des activités de recouvrement par l'hôpital ou toute agence de recouvrement, ainsi que des informations sur les démarches que le patient peut entreprendre.

Si le responsable financier ou son délégué exige des informations supplémentaires, l'hôpital accordera au patient un délai supplémentaire de 45 jours à compter de la réception de l'avis écrit pour soumettre les informations demandées.

Adventist Health rendra une décision écrite sur l'appel dans les 30 jours suivant la date de la réunion finale d'appel ou la date de réception des corrections relatives aux lacunes de la demande, selon la date la plus tardive. Si l'aide financière continue d'être refusée, l'avis indiquera la date à laquelle les activités de recouvrement suspendues, le cas échéant, reprendront. S'il est constaté qu'Adventist Health a incorrectement déterminé l'éligibilité du patient à l'aide financière sur la base des informations fournies par celui-ci au moment de la décision erronée, et que le patient a déjà réglé les services, Adventist Health versera au patient des intérêts sur le montant de l'aide financière au taux fixé par la Réserve fédérale, ainsi que tout autre frais raisonnable engagé par le patient pour obtenir l'aide financière.

Le responsable financier constituera le dernier niveau de recours.

a. Changement de situation

Si des informations pertinentes relatives à l'éligibilité du patient viennent à changer, le patient peut mettre à jour ses justificatifs de revenus et en informer l'établissement Adventist Health concerné. Chaque établissement Adventist Health prendra en compte les changements de situation du patient pour déterminer son éligibilité à l'aide financière.

Chaque établissement Adventist Health peut refuser une demande d'aide financière et/ou annuler des remises précédemment accordées s'il obtient des informations lui permettant de conclure que les informations antérieurement fournies étaient inexactes. De plus, chaque établissement détenu et exploité par Adventist Health peut choisir d'engager des poursuites judiciaires contre les personnes qu'il soupçonne d'avoir sciemment présenté de manière erronée leur situation financière, y compris celles qui acceptent une assistance financière après une amélioration de leur situation financière qui n'a pas été portée à la connaissance de chaque établissement détenu et exploité par Adventist Health.

b. Comment demander de l'aide ?

De plus amples informations sur l'aide financière, ainsi que des copies papier de la présente politique et du formulaire de demande, sont disponibles auprès de tout bureau d'inscription hospitalier ou par téléphone au (844) 827-5047.

1. Éligibilité

Le niveau d'aide financière, qu'il s'agisse de soins caritatifs (aucuns frais pour le patient) ou de soins à prix réduit (réduction accordée au patient), est déterminé par plusieurs facteurs : le revenu du ménage et le type de services reçus par le patient.

Adventist Health accorde une aide financière conformément aux dispositions de la présente politique. Les remises hospitalières sont calculées sur la base des seuils d'AGB définis à l'[Annexe E](#).

Toute remise sera appliquée directement à la charge restante du patient. L'aide financière est destinée au bénéfice du patient et ne peut être utilisée pour réduire les obligations de paiement d'un organisme d'assurance.

Les services non couverts et refusés, ainsi que les services connexes fournis aux bénéficiaires éligibles à Medicaid, sont considérés comme une forme de soins caritatifs. Les exemples incluent, sans s'y limiter : les services fournis aux bénéficiaires de Medicaid avec une couverture Medicaid restreinte, les dossiers Medicaid en attente, les refus de Medicaid ou d'autres programmes de soins pour indigents, les frais relatifs à des séjours dépassant les limites de durée autorisée, les demandes de remboursement Medicaid (y compris hors État) sans paiement, ainsi que tout service fourni à un patient éligible à Medicaid sans couverture ni paiement.

Tableau 1 : Éligibilité à l'aide financière des patients

Soins médicaux d'urgence et soins médicalement nécessaires

Revenus du ménage	Responsabilité du patient
300 % ou moins du seuil fédéral de pauvreté	Zéro (Prise en charge totale)
Entre 301 % et 400 % du seuil fédéral de pauvreté	75 % de l'AGB, moins le paiement de l'assurance/tiers payant (le cas échéant) (Remise)
Supérieur à 400 % du seuil fédéral de pauvreté	Aucune aide financière

2. Accès aux documents

Les patients peuvent obtenir gratuitement une copie papier de la « PFS-112 Financial Assistance Covered and Noncovered Physicians List » (Liste PFS-112 des médecins couverts et non couverts par l'aide financière) aux adresses des établissements figurant à l'[Annexe B](#).

3. Divers

Les demandes et toutes les informations collectées dans le cadre d'une demande d'aide financière sont soumises à la législation applicable en matière de confidentialité.

NOTICE(S) :

PIÈCES JOINTES :
(RÉFÉRENCÉ PAR CE DOCUMENT)

[Adventist Health vous aide à payer votre facture](#)
[Tableau de référence de l'aide financière Annexe A-E](#)

AUTRES DOCUMENTS :
(QUI FONT RÉFÉRENCE À CE DOCUMENT)

LES RÈGLEMENTS FÉDÉRAUX :

ACCRÉDITATION :

CALIFORNIE :

Aucune exigence spécifique de l'état n'a été notée. La politique de l'entreprise s'applique telle qu'elle est écrite.

HAWAÏ :

Aucune exigence spécifique de l'état n'a été notée. La politique de l'entreprise s'applique telle qu'elle est écrite.

OREGON :

Aucune exigence spécifique de l'état n'a été notée. La politique de l'entreprise s'applique telle qu'elle est écrite.

WASHINGTON :

Aucune exigence spécifique de l'état n'a été notée. La politique de l'entreprise s'applique telle qu'elle est écrite.

RÉFÉRENCES :

SYSTÈME ADVENTIST HEALTH / RESPONSABLE DE LA POLITIQUE OUEST : Amy K Miller - Directrice de Revenue Cycle Compliance

RESPONSABLE DE LA POLITIQUE DE L'ENTITÉ : Non applicable

COLLABORATION : Cheryl A Brooksher - Directrice, Informatique décisionnelle
Colleen A Fiore - Analyste d'application senior
Lori Esquivel - Directrice, Patient Access

APPROUVÉ PAR :

SYSTÈME ADVENTIST HEALTH/OUEST : (07/11/2024) Nonclinical Policy Review Team - Revenue Cycle, (14/11/2024) AH System Board

SYSTÈME ADVENTIST HEALTH/OUEST INDIVIDUEL :

ENTITÉ : Non applicable

ENTITÉ INDIVIDUELLE Non applicable

DATE DE RÉEXAMEN :

DATE DE RÉVISION : 14/11/2024

DATE DE PROCHAIN RÉEXAMEN : 14/11/2027

PARCOURS D'APPROBATION : Non clinique

Les exemplaires papier de ce document peuvent ne pas être à jour et ne doivent pas être utilisés à des fins officielles.

La version actuelle est dans Lucidoc à l'adresse

<https://www.lucidoc.com/api/auth/login?org=10528&returnto=%2Fcgi%2Fdoc-gw.pl%3Fref%3Dahrsvl%3A14738%240>.