

POLITIQUE DE GOUVERNANCE DE COMMONSPIRIT HEALTH

OBJET : Aide financière

DATE D'EFFET :

1^{er} juillet 2023

NUMÉRO DE POLICE : Finance G-003

**DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR
INITIALE :** 1^{er} juillet 2021

POLITIQUE

Conformément à l'Internal Revenue Code (IRC) Section 501(r), afin de rester exonéré d'impôt, chaque Organisme hospitalier CommonSpirit Health est tenue d'établir une Politique d'Assistance financière écrite (FAP) et une Politique de Soins Médicaux d'Urgence qui s'appliquent à tous les Soins Médicaux d'Urgence et Soins Médicalement Nécessaires (ci- après dénommés soins EMCare) fournis dans un établissement hospitalier. L'objectif de la présente Politique est de décrire les conditions dans lesquelles un Établissement hospitalier fournit une Assistance financière à ses patients. En outre, cette Politique décrit les mesures qu'un Établissement hospitalier peut prendre en cas de non-paiement du solde du compte d'un patient.

CHAMP D'APPLICATION

La présente Politique s'applique à CommonSpirit et à chacune de ses Filiales directes¹ et Filiales exonérées d'impôt² qui exploitent un Établissement hospitalier (désignées individuellement comme un organisme hospitalier CommonSpirit et collectivement comme les organismes hospitaliers CommonSpirit). La Politique de CommonSpirit est de fournir, sans discrimination, des soins EMCare dans les Établissements hospitaliers CommonSpirit à tous les patients, sans tenir compte de la capacité financière du patient à payer.

PRINCIPES

En tant que prestataires de soins de santé catholiques non imposables, les Organismes hospitaliers CommonSpirit sont appelés à répondre aux besoins des patients et des autres personnes en recherche de soins, quelles que soient leurs capacités financières à payer les services fournis.

¹ Une Filiale directe désigne toute société dont CommonSpirit Health est le seul membre ou l'unique actionnaire, ainsi que la société à but non lucratif Dignity Community Care, du Colorado.

² Une Filiale désigne soit une organisation, qu'elle soit à but lucratif ou non, dans laquelle une Filiale directe détient le pouvoir de nommer cinquante pour cent (50 %) ou plus des membres votants de l'organe de direction de cette organisation ou détient cinquante pour cent (50 %) ou plus des droits de vote dans cette organisation (comme attesté par des pouvoirs d'adhésion ou des titres conférant un certain pouvoir de décision à la Filiale Directe) ou toute organisation dans laquelle une Filiale détient ce pouvoir ou ces droits de vote.

Les principes suivants sont conformes à la mission de CommonSpirit, qui consiste à fournir des services de soins de santé compatissants, de haute qualité et abordables et à défendre les intérêts des personnes pauvres et vulnérables. Les Organismes hospitaliers CommonSpirit souhaitent que la capacité financière des personnes qui ont besoin de services de soins de santé ne les empêche pas de solliciter ou de recevoir des soins.

Les Organismes hospitaliers CommonSpirit fourniront, sans discrimination, des soins médicaux d'urgence aux personnes, quelle que soit leur admissibilité à une Assistance financière ou à une assistance gouvernementale, dans les Établissements hospitaliers CommonSpirit.

Les Organismes hospitaliers CommonSpirit ont pour mission de fournir une Assistance financière aux personnes qui ont besoin de soins de santé et qui ne sont pas assurées, sous-assurées, inadmissibles à un programme gouvernemental ou autrement incapables de payer, pour des soins médicalement nécessaires non urgents fournis dans les établissements hospitaliers CommonSpirit.

APPLICATION

A. Cette Politique s'applique à ce qui suit :

- Tous les frais relatifs aux soins EMCare fournis dans un Établissement hospitalier par un Organisme hospitalier CommonSpirit.
- Tous les frais pour des soins EMCare fournis par un médecin ou un médecin spécialiste employé par un Organisme hospitalier CommonSpirit, si ces soins sont fournis dans un établissement hospitalier.
- Tous les frais pour des soins EMCare fournis par un médecin ou un médecin spécialiste employé par une entité étroitement liée, dans la mesure où ces soins sont fournis dans un Établissement hospitalier.
- Les Soins médicalement nécessaires non couverts fournis aux patients, lorsque ce dernier est responsable des frais, tels que les frais pour les jours au-delà d'une limite de durée de séjour ou dans des circonstances où les prestations du patient ont été épuisées.
- Les activités de perception et de recouvrement seront menées conformément à la Politique de gouvernance CommonSpirit pour les finances G-004, *Facturation et recouvrement*.

B. Coordination avec les autres dispositions légales

La fourniture d'une Assistance financière, peut faire l'objet d'une réglementation supplémentaire en vertu des lois et réglementations fédérales, de l'état ou locales. Cette loi prévaut dans la mesure où elle impose des exigences plus strictes que la présente Politique. Dans le cas où une loi de l'état ou locale adoptée ultérieurement entre directement en conflit avec la présente Politique, l'Organisme hospitalier

CommonSpirit sera autorisé, après consultation de son représentant local de l'équipe juridique CommonSpirit, de la direction du Revenue Cycle de CommonSpirit et de la direction de la fiscalité CommonSpirit, à adopter, avant le prochain cycle de révision de la Politique, un addendum à la présente Politique, présentant le minimum de modifications nécessaires pour se conformer à toute loi applicable.

DÉFINITIONS

Les Montants généralement facturés (AGB) sont les frais maximaux qu'un patient admissible à une Assistance financière est personnellement tenu de payer, en vertu de la présente Politique, après que toutes les déductions et réductions (y compris les réductions disponibles en vertu de la présente Politique) ont été appliquées, minorés des montants remboursés par les assureurs. Aucun patient éligible à une Assistance financière ne sera facturé plus que l'AGB pour les soins EMCare qui lui sont fournis. CommonSpirit calcule l'AGB pour chaque Établissement en utilisant une méthode « rétroactive » en multipliant les charges « brutes » des soins EMCare qu'il fournit par des pourcentages d'AGB, basés sur les remboursements antérieurs autorisés par Medicare et les assurances privées, conformément à la loi fédérale. Dans ce cadre, les « charges brutes » désignent le montant figurant sur la grille tarifaire de chaque Établissement hospitalier pour chaque service de soins EMCare.

La période de demande désigne le temps accordé aux patients par l'Organisme hospitalier CommonSpirit pour remplir ladite demande d'Assistance. Elle expire à la plus tardive des deux dates suivantes : (i) 365 jours après la sortie du patient de l'Établissement hospitalier ou après la date de ses soins EMCare, ou (ii) 240 jours après la date de la facture initiale pour les soins EMCare reçus dans un Établissement hospitalier.

La région de service de l'Entité CommonSpirit désigne, aux fins de la présente politique, la communauté desservie par un Établissement hospitalier tel que défini dans son évaluation la plus récente des besoins de santé de la communauté, comme décrit dans la section 501(r)(3) de l'IRC.

Une Évaluation des besoins médicaux de la communauté (Community Health Needs Assessment - CHNA) est menée par un Établissement hospitalier au moins une fois tous les trois (3) ans conformément à la section 501(r)(1)(A) de l'IRC ; chaque Organisme hospitalier CommonSpirit adopte ensuite des stratégies pour répondre aux besoins médicaux de la communauté identifiés par la CHNA.

Période de détermination de l'admissibilité - Pour déterminer l'admissibilité à l'Assistance financière, un Établissement hospitalier examinera le revenu familial annuel pour une période des six (6) mois précédents ou de l'année fiscale précédente, tel qu'il ressort des feuilles de paie récentes ou des déclarations de revenus et d'autres informations. La preuve de la rémunération peut être déterminée en annualisant le revenu familial depuis le début de l'année, en tenant compte du taux de rémunération actuel.

Période d’admissibilité - Après avoir soumis la demande d’Assistance financière et les documents justificatifs, les patients dont l’admissibilité a été approuvée se verront accorder une Assistance financière pour tous les comptes admissibles engagés pour des services reçus douze (12) mois avant la date de détermination et par anticipation pendant une période de six (6) mois à compter de la date de décision. Si l’admissibilité est approuvée sur la base de critères d’admissibilité présumés, l’Assistance financière sera également appliquée à tous les comptes admissibles pour des services reçus douze (12) mois avant la date de détermination.

Soins médicaux d’urgence, EMTALA - Tout patient cherchant à obtenir des soins pour un problème médical d’urgence au sens de la Section 1867 de la loi sur la Sécurité sociale (42 U.S.C.1395dd) dans un Établissement hospitalier doit être traité sans discrimination et sans tenir compte de la capacité du patient à payer les soins. En outre, toute action visant à décourager les patients de recourir aux soins EMCare, y compris, mais sans s’y limiter, l’exigence d’un paiement avant le traitement ou l’autorisation d’activités de recouvrement de créances interférant avec la fourniture des soins EMCare, est interdite. Les Établissements hospitaliers doivent également fonctionner conformément à l’ensemble des exigences fédérales et de l’état relatives à la prestation de soins liés à des situations médicales d’urgence, y compris les exigences en matière de dépistage, de traitement et de transfert en vertu de la loi fédérale sur le traitement médical d’urgence et le travail (EMTALA) et conformément au règlement 42 CFR 482.55 (ou tout règlement qui le remplace). Les Établissements hospitaliers doivent se référer et être guidés par la Politique EMTALA de CommonSpirit, les règlements EMTALA et les Modalités de Participation à Medicare/Medicaid applicables, afin de déterminer ce qui constitue une situation médicale d’urgence et les processus à suivre pour chacune d’entre elles.

Actions de recouvrement exceptionnelles (ECA) - L’Établissement hospitalier ne s’engagera pas dans des ECA à l’encontre d’une personne avant d’avoir fait un effort raisonnable pour déterminer l’éligibilité à la FAP de l’établissement hospitalier. Une ECA peut comprendre l’une des mesures suivantes prises dans le but d’obtenir le paiement d’une facture de soins:

- vendre la créance d’un particulier à une autre partie, sauf dans les cas expressément prévus par la loi fédérale, et
- communiquer des renseignements défavorables sur le particulier aux bureaux de crédit à la consommation.

Les ECA ne comprennent pas les privilèges qu’un Établissement hospitalier est en droit de faire valoir en vertu de la loi de l’état sur le produit d’un jugement ou d’un compromis dû à un particulier (ou à son représentant) à la suite de blessures personnelles pour lesquelles l’établissement a fourni des soins.

La **famille** désigne (selon la définition du Census Bureau) un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont liées par la naissance, le mariage ou l'adoption. Selon les règles de l'Internal Revenue Service (IRS), si le patient déclare une personne comme étant à sa charge dans sa déclaration de revenus, cette personne peut être considérée comme une personne à charge aux fins de l'octroi de l'Assistance financière. Si les documents fiscaux de l'IRS ne sont pas disponibles, la taille de la famille sera déterminée par le nombre de personnes à charge indiqué sur la demande d'Assistance financière et vérifié par l'Établissement hospitalier.

Le **Revenu familial** est déterminé conformément à la définition de l'IRS du Revenu brut ajusté modifié pour le demandeur et tous les membres de sa famille. Pour déterminer l'éligibilité, l'Organisme hospitalier CommonSpirit peut prendre en compte les « actifs financiers » de la famille du patient. Toutefois, aux termes de cette détermination, les actifs monétaires n'incluront pas les plans de retraite ou de compensation différée.

Les Federal Poverty Level Guidelines (Directives du niveau de pauvreté fédéral - FPL) sont mises à jour chaque année dans le Federal Register par le United States Department of Health and Human Services en vertu de l'autorité de la sous-section (2) de la section 9902 du titre 42 du Code des États-Unis. Les directives actuelles peuvent être consultées à l'adresse suivante <http://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

L'**Assistance financière** désigne l'assistance fournie aux patients pour lesquels le paiement intégral des dépenses prévues pour les soins EMCare dispensés dans un Établissement hospitalier constituerait une difficulté financière et qui répondent aux critères d'admissibilité à cette assistance. Une Assistance financière est proposée aux patients assurés dans la mesure où le contrat de l'assureur du patient le permet.

Le terme **garant** désigne un particulier qui est légalement responsable du paiement de la facture du patient.

L'**Établissement hospitalier (ou l'Établissement)** désigne un établissement de soins de santé qui doit être agréé, enregistré ou reconnu de manière similaire par un État, en tant qu'hôpital et qui est exploité par un Organisme hospitalier CommonSpirit.

Les **Soins médicalement nécessaires** désignent toute procédure raisonnablement considérée (par un prestataire) comme nécessaire pour prévenir, diagnostiquer, corriger, guérir, atténuer ou éviter l'aggravation d'un état, d'une maladie, d'une blessure ou d'une affection qui met la vie en danger, cause des souffrances ou des douleurs, entraîne une maladie ou une infirmité, menace de causer ou d'aggraver un handicap, ou cause une déformation ou un dysfonctionnement physique, ou pour

améliorer le fonctionnement d'un membre malformé du corps, s'il n'existe pas d'autre traitement tout aussi efficace, plus conservateur ou moins coûteux. Les Soins médicalement nécessaires ne comprennent pas les procédures facultatives ou cosmétiques visant uniquement à améliorer l'aspect esthétique d'une partie du corps normale ou fonctionnant normalement.

Le Fonctionnement d'un Établissement hospitalier - On considère qu'un Établissement hospitalier fonctionne soit au moyen de ses propres employés, soit en sous-traitant l'exploitation de l'Établissement à une autre organisation. Un Établissement hospitalier peut également être exploité par un Organisme hospitalier CommonSpirit, si celui-ci possède une participation au capital ou aux bénéfices dans une entité considérée comme société d'associés d'un point de vue fiscal et qui exploite directement un Établissement hospitalier agréé par l'état, ou indirectement un Établissement hospitalier agréé par l'état par l'intermédiaire d'une autre entité considérée comme société d'associés d'un point de vue fiscal.

L'Assistance financière par présomption désigne la détermination de l'éligibilité à l'Assistance financière qui peut s'appuyer sur des informations fournies par des prestataires tiers et autres informations accessibles au public. Si l'on détermine qu'un patient est présumé admissible à l'Assistance financière, il bénéficiera de soins EMCare gratuits ou à prix réduit pour la période pendant laquelle le particulier est présumé admissible.

Une **Entité étroitement liée** désigne, pour ce qui concerne un Organisme hospitalier CommonSpirit, une entité considérée comme une société d'associés du point de vue de la fiscalité fédérale dans laquelle l'Organisme hospitalier possède une participation au capital ou aux bénéfices, ou une entité distincte dont l'Organisme hospitalier est le seul membre ou propriétaire, qui fournit des soins EMCare dans un Établissement hospitalier agréé par l'état, sauf si la fourniture de ces soins est un acte commercial ou d'affaires, comme décrit dans la section 513 de l'IRC, relativement à l'Organisme hospitalier.

Non assuré désigne le statut d'un particulier qui n'est pas couvert par un assureur tiers commercial, un plan ERISA, un programme fédéral de soins de santé (y compris, mais sans s'y limiter, Medicare, Medicaid, SCHIP et TRICARE), une indemnisation des accidents du travail ou une autre aide tierce pour l'aider à remplir ses obligations de paiement.

Sous-assuré désigne le statut d'un particulier bénéficiant d'une couverture d'assurance privée ou publique, pour qui le paiement intégral des dépenses prévues pour les soins EMCare couverts par la présente police constituerait une difficulté financière.

ÉLIGIBILITÉ À L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

A. Assistance financière disponible pour les soins EMCare

Un patient qui remplit les conditions requises pour bénéficier de l'Assistance financière recevra des soins EMCare gratuits ou à prix réduit et, à ce titre, ne devra jamais payer plus que l'AGB pour ces soins. L'Assistance financière sera fournie aux patients qui remplissent les conditions d'éligibilité décrites dans le présent document et qui ont établi leur résidence dans la région de service de l'entité CommonSpirit telle que définie par la dernière CHNA de l'établissement hospitalier, à moins que la visite ne soit urgente ou impérieuse ou qu'elle ait lieu dans un établissement hospitalier de Californie. Les résidents de pays autres que les États-Unis d'Amérique ne peuvent pas bénéficier d'une Assistance financière sans l'accord préalable du Directeur financier de l'Établissement hospitalier (ou de la personne désignée par lui), sauf si la visite est urgente. Tous les services programmés pour les patients qui résident en dehors de la région de service de l'Entité CommonSpirit doivent être approuvés au préalable par le Directeur financier de l'Établissement hospitalier (ou son représentant). Si un prestataire de services a demandé des services à un Établissement hospitalier et que le même service est également fourni dans un autre établissement plus proche de la résidence du patient et en dehors de la région de service de l'Entité CommonSpirit, l'Établissement hospitalier peut demander au prestataire de services de réévaluer les services et de demander que les services soient effectués au plus près de la résidence du patient.

B. Assistance financière indisponible pour les soins autres que les soins EMCare

L'Assistance financière n'est pas disponible pour les soins autres que les soins EMCare. Dans le cas de soins autres que les soins EMCare, aucun patient ne sera redevable d'une somme supérieure aux coûts nets de ces soins (coûts bruts de ces soins après application de toutes les déductions et remboursements d'assurance).

C. Montant de l'Assistance financière disponible

L'admissibilité à l'Assistance financière sera prise en considération pour les particuliers qui ne sont pas assurés, sous-assurés, inadmissibles à tout programme gouvernemental de prestations de soins de santé, et qui sont incapables de payer leurs soins, sur la base d'une détermination des besoins financiers conformément à la présente politique. L'octroi de l'Assistance financière doit être basé sur une détermination individualisée des besoins financiers et ne doit pas tenir compte de facteurs discriminatoires potentiels tels que l'âge, l'ascendance, le sexe, l'identité de genre, l'expression de genre, la race, la couleur, l'origine nationale, l'orientation sexuelle, l'état civil, le statut social ou d'immigrant, l'affiliation religieuse ou toute autre base interdite par la loi fédérale, de l'état ou locale.

À moins d'être admissible à une Assistance financière présumée, les critères d'admissibilité suivants doivent être remplis pour qu'un patient puisse bénéficier d'une Assistance financière:

- Le patient doit avoir un solde de compte minimum de dix dollars (10,00 \$) auprès de l'Organisme hospitalier CommonSpirit. Les soldes de plusieurs comptes peuvent être combinés pour atteindre ce montant. Les patients/garants dont le solde est inférieur à dix dollars (10,00 \$) peuvent contacter un conseiller financier afin de conclure des accords de paiement par mensualités.
- Le patient doit se conformer aux normes de collaboration avec le patient décrites dans le présent document.
- Le patient doit présenter une Demande d'Assistance financière (FAA) dûment remplie.

D. Soins caritatifs

- Jusqu'à 200 % du FPL - Tout patient dont le revenu familial est égal ou inférieur à 200 % du FPL, y compris, mais sans s'y limiter, tout patient non assuré, sous-assuré ou tout patient ayant des frais médicaux élevés, peut bénéficier d'une Assistance financière équivalant à une réduction de 100 % du solde de son compte pour les services admissibles fournis au patient après paiement, le cas échéant, par un ou plusieurs tiers.
- De 201 % à 400% du FPL - Tout patient dont le revenu familial est égal ou supérieur à 201 %, mais inférieur à 400 % du FPL, y compris, mais sans s'y limiter, tout patient non assuré, sous-assuré ou tout patient ayant des frais médicaux élevés, peut bénéficier d'une Assistance financière qui réduit le solde de son compte pour les services admissibles fournis au patient après paiement, le cas échéant, par un ou plusieurs tiers, à un montant qui ne peut pas excéder le montant de l'AGB de l'établissement hospitalier.

E. Normes de collaboration avec les patients

Le patient doit collaborer avec l'Établissement hospitalier afin de fournir les renseignements et les documents nécessaires pour déterminer son admissibilité. Cette coopération consiste notamment à remplir toutes les demandes ou tous les formulaires obligatoires. Il incombe au patient d'informer l'Établissement hospitalier de tout changement de sa situation financière qui aurait une incidence sur l'évaluation de son admissibilité.

Un patient doit épuiser toutes les autres options de paiement, y compris la couverture privée, les programmes d'assistance médicale fédéraux, d'État et locaux, et toute autre forme d'assistance fournie par des tiers avant d'être accepté. Un demandeur d'Assistance financière est tenu de s'adresser aux programmes publics pour obtenir la couverture

disponible. Il ou elle est également censé (e) rechercher les options de paiement d'assurance maladie publique ou privée pour les soins fournis par un Organisme hospitalier CommonSpirit dans un Établissement hospitalier.

La coopération du patient et, le cas échéant, de tout garant pour postuler aux programmes applicables et aux sources de financement identifiables, sera requise. Un Établissement hospitalier doit faire des efforts pour aider un patient ou le garant d'un patient à postuler à un programme public et privé, qui peut inclure une couverture dans le cadre d'un échange d'assurance maladie, d'une assurance maladie commerciale ou d'une couverture de plan de santé achetée via COBRA. Si un Établissement hospitalier détermine que la couverture dans le cadre d'un échange d'assurance maladie, d'une assurance maladie commerciale, une couverture COBRA est potentiellement disponible et qu'un patient n'est pas un bénéficiaire de Medicare ou de Medicaid, l'établissement hospitalier peut demander au patient ou au garant de (i) fournir les informations nécessaires pour déterminer la prime mensuelle du patient et de (ii) coopérer avec le personnel de l'Établissement hospitalier pour déterminer s'il est admissible à l'aide à la prime de l'Établissement hospitalier, qui peut être offerte pendant une période limitée pour aider à obtenir une couverture d'assurance.

F. Remise pour les patients non assurés

Les services non couverts par une police d'assurance et les patients/garants qui fournissent la preuve qu'il n'existe aucune couverture d'assurance maladie, que ce soit par le biais d'un programme fourni par l'employeur ou d'un programme gouvernemental tel que Medicare, Medicaid ou tout autre programme d'état ou local, permettant de payer les services de soins de santé médicalement nécessaires rendus au patient, pourront bénéficier d'une remise pour patient non assuré. Cette réduction ne s'applique pas aux procédures esthétiques ou non médicalement nécessaires et ne sera disponible que pour les services éligibles.

Chaque Établissement hospitalier doit calculer et déterminer la réduction des frais bruts dont bénéficient les patients admissibles. L'Assistance financière décrite ci-dessus remplace cette réduction pour les patients non assurés. S'il est déterminé que l'application de l'Assistance financière réduira davantage la facture du patient, l'Établissement hospitalier annulera la remise pour les patients non assurés et appliquera les ajustements applicables en vertu de la politique d'aide financière.

G. Remise sur facture

Pour les patients non assurés qui ne sont pas admissibles à l'une des remises d'Assistance financière décrites dans la présente Politique, les Établissements hospitaliers peuvent appliquer une remise sur facture (self-pay) au patient, conformément aux directives et procédures du Revenue Cycle de CommonSpirit. Cette remise à titre personnel n'est pas soumise à des conditions de ressources.

MÉTHODE DE DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

Tous les patients doivent remplir la FAA de CommonSpirit pour être pris en compte pour une Assistance financière, à moins qu'ils ne soient éligibles pour une Assistance financière présumée. La FAA est utilisée par l'Établissement hospitalier pour évaluer de manière particulière les besoins financiers.

Pour avoir droit à une assistance, le patient doit fournir, avec la FAA, des relevés de compte bancaire ou de compte chèque attestant de ses ressources disponibles (celles convertibles en espèces et non nécessaires à la vie quotidienne du patient) et au moins une (1) pièce justificative qui vérifie le revenu familial. Les documents justificatifs peuvent inclure, sans s'y limiter:

- une copie de la dernière déclaration fédérale de revenus du particulier,
- le formulaire W-2 actuel,
- les feuilles de paie récentes, ou
- une lettre de soutien signée.

L'Établissement hospitalier peut, à sa discrétion, se fier à des preuves d'admissibilité autres que celles décrites dans la FAA ou dans les présentes. D'autres sources de preuves peuvent comprendre:

- Sources de données externes accessibles publiquement qui fournissent des informations sur la capacité de paiement d'un patient/garant,
- Un examen des comptes en souffrance du patient pour des services antérieurs fournis et l'historique des paiements du patient/garant,
- Les déterminations antérieures de l'admissibilité du patient ou du garant à l'assistance en vertu de la présente police, le cas échéant, ou
- Les preuves obtenues à la suite de la recherche de sources alternatives de paiement et de couverture appropriées dans le cadre de programmes de paiement publics et privés.

Dans le cas où aucun revenu n'est attesté sur une FAA remplie, un document écrit expliquant pourquoi l'information sur le revenu n'est pas disponible et comment le patient ou le garant supporte les frais de subsistance de base (tels que le logement, la nourriture et les services publics) est obligatoire. Les demandeurs d'Assistance financière qui participent au programme de remboursement des prêts du National Health Services Corps (NHSC) sont dispensés de soumettre les informations relatives aux dépenses.

ÉLIGIBILITÉ PRÉSUMÉE

Les Organismes hospitaliers CommonSpirit reconnaissent que tous les patients et les garants ne sont pas en mesure de remplir la FAA ou de fournir les documents requis. Des conseillers financiers sont disponibles dans chaque Établissement hospitalier pour

aider tout particulier qui souhaite obtenir de l'aide. Pour les patients et les garants qui ne sont pas en mesure de fournir les documents nécessaires, un Établissement hospitalier peut accorder une Assistance financière présumée sur la base des informations obtenues auprès d'autres ressources. En particulier, l'éligibilité présumée peut être déterminée sur la base de circonstances de vie particulières qui peuvent inclure:

- être bénéficiaire de programmes de soins sur ordonnance financés par l'État,
- être sans-abri ou une personne ayant reçu des soins dans une clinique pour sans-abri ou une clinique de soins gratuits,
- participer aux programmes pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC),
- être admissible aux bons d'alimentation,
- être éligible ou orienté vers d'autres programmes d'assistance locaux ou d'état (par exemple, Medicaid),
- avoir un logement subventionné/pour foyers à faibles revenus indiqué comme adresse valable, ou
- le patient est décédé sans conjoint connu ni succession connue.

Ces informations permettront aux Établissements hospitaliers de prendre des décisions éclairées sur les besoins financiers des patients, en utilisant les meilleures estimations disponibles en l'absence d'informations fournies directement par le patient. Si l'on détermine qu'un patient est présumé admissible à l'Assistance financière, il bénéficiera de soins EMCare gratuits ou à prix réduit pour la période pendant laquelle il est présumé admissible.

Un patient jugé admissible à l'Assistance financière présumée recevra des soins EMCare gratuits ou à prix réduit pendant la période au cours de laquelle il est présumé admissible. Dans certains cas, une Assistance financière peut être approuvée avant la date d'entrée en vigueur de Medicaid.

Si un particulier est jugé admissible par présomption, le patient recevra une Assistance financière pour une période de douze (12) mois se terminant à la date de détermination de l'admissibilité par présomption. Il en découle que l'Assistance financière sera appliquée à tous les comptes admissibles pour des services reçus douze (12) mois avant la date de détermination. Le particulier présumé éligible ne recevra pas d'Assistance financière pour les soins EMCare dispensés après la date de détermination sans qu'une FAA ou une nouvelle détermination de l'éligibilité présumée ne soit effectuée.

D'autres sources d'information peuvent être utilisées pour procéder à une évaluation particulière des besoins financiers, pour les patients, ou leurs garants, qui ne répondent pas au processus de demande d'un Établissement hospitalier. Ces informations permettront aux Établissements hospitaliers de prendre une décision éclairée sur le besoin financier des patients, en utilisant les meilleures estimations disponibles en l'absence d'informations fournies directement par le patient.

Dans le but d'aider les patients financièrement démunis, un Établissement hospitalier peut faire appel à un tiers pour vérifier ses informations ou celles de son garant afin d'évaluer ses besoins financiers. Cet examen utilise un modèle prédictif reconnu par le secteur des soins de santé qui repose sur des bases de données d'archives publiques. Le modèle intègre les données des dossiers publics pour calculer un score de capacité socio-économique et financière. L'ensemble des règles du modèle, qui est conçu pour évaluer chaque patient en se basant sur des normes identiques, est calibré par rapport à l'historique des approbations d'Assistance financière par l'Établissement hospitalier. Cela permet à l'Établissement hospitalier d'évaluer si un patient est représentatif d'autres patients qui ont toujours eu droit à une Assistance financière dans le cadre du processus de demande traditionnel.

Lorsque le modèle est utilisé, il est déployé avant que les créances irrécouvrables ne soient imputées et après que toutes les autres sources d'éligibilité et de paiement ont été épuisées. Cela permet à l'Établissement hospitalier de sélectionner tous les patients pour une Assistance financière avant de procéder à une ECA. Les données renvoyées par cet exercice constitueront une documentation adéquate du besoin financier en vertu de la présente Politique.

Si un patient ne remplit pas les conditions d'admissibilité présumée, il peut toujours fournir les informations requises et être pris en considération dans le cadre du processus traditionnel de FAA.

Les patients bénéficiant d'un statut d'éligibilité présumée recevront des soins gratuits ou à prix réduit pour les services éligibles uniquement pour les dates de service rétroactives. Cette décision ne constituera pas un état de soins gratuits ou à prix réduit tels que disponibles via le processus de demande traditionnel. Ces comptes seront considérés comme admissibles à l'Assistance financière en vertu de la présente Politique. Ils ne seront pas envoyés en recouvrement, ne feront pas l'objet d'autres mesures de recouvrement et ne seront pas inclus dans les frais de créance irrécouvrable de l'établissement hospitalier. Les patients ne seront pas informés de cette décision. En outre, tout montant de déductible et de co-assurance réclamé en tant que créance irrécouvrable de Medicare doit être exclu de la déclaration des soins caritatifs.

La présélection fournit un avantage communautaire en permettant à un organisme hospitalier CommonSpirit d'identifier systématiquement les patients ayant besoin d'Assistance financière, de réduire les charges administratives et de fournir une Assistance financière aux patients et à leurs garants, dont certains n'ont peut-être pas répondu au processus de FAA.

NOTIFICATION CONCERNANT L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

La communication concernant la disponibilité d'une Assistance financière de la part des Organismes hospitaliers CommonSpirit sera diffusée par divers moyens, qui peuvent inclure, mais sans s'y limiter, les suivants:

- publication en clair des avis dans les factures des patients,
- avis affichés dans les salles d'urgence, les centres de soins urgents, les services d'admission et d'enregistrement, les bureaux commerciaux et dans d'autres lieux publics choisis par l'Établissement hospitalier, et
- publication d'un résumé de la présente politique sur le site internet de l'Établissement hospitalier, tel que prévu à l'Addendum A, et à divers endroits dans les localités desservies par l'Établissement hospitalier, au choix de ce dernier.

Les patients peuvent obtenir des informations supplémentaires sur le pourcentage d'AGB de l'Établissement hospitalier et sur la manière dont ces pourcentages ont été calculés auprès d'un conseiller financier, tel que prévu dans l'Addendum A.

Ces avis et informations sommaires doivent inclure un numéro de contact et doivent être fournis en anglais, en espagnol et dans les autres langues principales parlées par la population desservie par un Établissement hospitalier particulier, le cas échéant.

L'orientation des patients vers l'Assistance financière peut être faite par tout membre du personnel médical ou non médical de l'Organisme hospitalier CommonSpirit, y compris les médecins, les infirmières, les conseillers financiers, les travailleurs sociaux, les gestionnaires de cas, les aumôniers et les responsables religieux. Une demande d'assistance peut être faite par le patient ou un membre de sa famille, un ami proche ou un associé du patient, sous réserve des lois applicables en matière de confidentialité.

Les Organismes hospitaliers CommonSpirit fourniront des conseils financiers aux patients concernant leurs factures liées aux soins EMCare et informeront les patients de la disponibilité de ces conseils. Il incombe au patient ou à son garant de prévoir des consultations avec un conseiller financier concernant la disponibilité de l'Assistance financière.

Une liste de fournisseurs sera publiée par chaque Établissement hospitalier CommonSpirit sur son site internet, au plus tard le 1er juillet 2021, et sera mise à jour par la direction périodiquement (mais pas moins que trimestriellement) par la suite.

ACTIONS EN CAS DE NON-PAIEMENT

Les mesures qu'un Organisme hospitalier CommonSpirit peut prendre en cas de non-paiement concernant un Établissement hospitalier sont décrites dans une politique distincte, la Politique de gouvernance CommonSpirit pour les Finances G-004, *Facturation et recouvrement*. Les particuliers peuvent obtenir un exemplaire gratuit de la présente Politique en contactant le service d'accès aux patients et d'admission de l'Établissement hospitalier, comme indiqué dans l'Addendum A.

APPLICATION DES PROCÉDURES

La direction du Revenu Cycle de CommonSpirit est chargée de la mise en œuvre de cette Politique.

PIÈCES JOINTES

Demande d'Assistance financière (FAA)

RÉFÉRENCES

Politique de gouvernance de CommonSpirit Finance G-004, *Facturation et recouvrement*

DOCUMENTS ASSOCIÉS

Addendum à la Politique de gouvernance de CommonSpirit	<i>Finance G-003A-1, Assistance financière – Californie</i>
Addendum à la Politique de gouvernance de CommonSpirit	<i>Finance G-003A-2, Assistance financière – Oregon</i>
Addendum à la Politique de gouvernance de CommonSpirit	<i>Finance G-003A-3, Assistance financière – Washington</i>
Addendum à la Politique de gouvernance de CommonSpirit	<i>Finances G-003A-A, Modèle d'Addendum pour les coordonnées de contact pour l'Assistance financière des Établissements hospitaliers</i>

APPROBATION ANNUELLE

APPROUVÉ PAR LE CONSEIL DE SANTÉ DE COMMONSPIRIT: Le 22 JUIN 2023

Programme de facturation équitable des hôpitaux californiens

ATTENTION:

Si vous avez besoin d'aide dans votre langue, veuillez appeler le (805) 988-7109 ou allez au bureau de conseiller financier. Le bureau est ouvert de 8h00 à 16h30 et situé à (au) St. John's Regional Medical Center, 1600 North Rose Avenue, Oxnard, CA 9303. Des aides et des services pour les personnes handicapées, tels que des documents en braille, en gros caractères, en format audio et en d'autres formats électroniques accessibles, sont également disponibles. Ces services sont gratuits.

Aide pour payer vos factures d'hôpital

Il existe des organisations gratuites de défense des consommateurs qui vous aideront à comprendre le processus de facturation et de paiement. Vous pouvez appeler le Health Consumer Alliance au 888-804-3536 ou aller sur healthconsumer.org pour de plus amples informations.

Hospital Bill Complaint Program (Programme relatif aux plaintes concernant les factures hospitalières)

Le programme Hospital Bill Complaint Program est un programme de l'état qui examine les décisions prises par l'hôpital pour déterminer si vous avez droit à une aide pour payer votre facture d'hôpital. Si vous pensez que l'on vous a refusé à tort une assistance financière, vous pouvez déposer une plainte auprès du programme Hospital Bill Complaint Program. Allez sur HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov pour de plus amples informations sur la manière de déposer une plainte.