



Politique/Procédure

Titre: Aide financière aux patients	Date: 04/01/2016
	Remplace la version datée du: 01/12/2015
Catégorie: SYS.MIS.FAP	Approuvé par: Conseil BSHSI

POLITIQUE

Ceci est la politique de Bon Secours Health System, Inc. (“BSHSI”) dans laquelle l'organisation s'engage à assurer l'accès aux services de santé nécessaires pour tous. BSHSI traite tous les patients, qu'ils soient assurés ou non assurés, avec dignité, respect et compassion tout au long des admissions, des prestations des services, de la décharge et du processus de facturation et de recouvrement. Cette politique est rédigée dans le but de satisfaire aux exigences de l'article 501 (r) du Code interne des revenus de 1986, tel que modifié, concernant les politiques d'aide financière et de soins médicaux d'urgence, les limitations des frais aux personnes éligibles à l'aide financière et les efforts raisonnables de facturation et de recouvrement et devra être interprétée en conséquence.

PORTÉE

Cette politique doit être utilisée pour tous les soins aigus réalisés par BSHSI, et pour les installations d'urgence autonomes.

DÉFINITIONS

Montants généralement facturés (AGB) – les montants généralement facturés comprennent les montants habituellement facturés aux patients pour les services d'urgence et médicalement nécessaires et pour lesquels ces derniers bénéficient d'une assurance. Les frais des patients éligibles à une aide financière sont limités aux montants généralement facturés («AGB») pour ces services. Ces frais sont basés sur la moyenne des montants autorisés de l'assurance-maladie et des payeurs commerciaux pour toute urgence et autres soins médicalement nécessaires. Les montants autorisés comprennent à la fois le montant que l'assureur paiera et le montant, le cas échéant, pour lequel la personne soignée est personnellement responsable. Les AGB sont calculées à l'aide de la méthode détaillée au 26 CFR § 1.501 (r).

Créance irrécouvrable – solde de compte dû par un patient ou un garant, qui est déclaré comme

non percevable.

Cosmétique – chirurgie durant laquelle le but principal est d'améliorer l'aspect.

Hôpital à part disproportionnée (DSH) - un hôpital qui dessert un grand nombre de patients à faible revenu et reçoit des paiements des Centres de Medicaid et des Services Medicare pour couvrir les coûts de la prestation des soins aux patients non assurés.

Services éligibles – les services fournis par les installations BSHSI qui sont éligibles à la présente politique d'aide financière doivent comprendre:

- (A) Services médicaux d'urgence fournis en salle d'urgence.
- (B) Services médicaux non électifs fournis en réponse à des circonstances mettant en danger la vie des personnes dans une salle non destinée aux urgences d'un établissement hospitalier
- (C) Services médicalement nécessaires.

Trouble médical d'urgence – une maladie se manifestant par des symptômes aigus de sévérité suffisante (y compris des douleurs sévères) de telle sorte qu'une personne non-initiée prudente, avec une connaissance moyenne de la santé et de la médecine, puisse raisonnablement supposer que l'absence d'une attention médicale immédiate pourrait avoir pour conséquence:

- (A) Gravement à la santé de l'individu ou, dans le cas d'une femme enceinte, à la santé de la femme ou de son enfant à naître;
- (B) Atteinte grave aux fonctions corporelles; ou
- (C) Dysfonctionnement grave de tout organe ou partie du corps.

Revenu familial – Trésorerie brute ou équivalents de trésorerie gagnés ou fournis à un individu. Les articles qui ne sont pas considérés comme des revenus sont les prestations non pécuniaires et l'aide publique, comme les subventions pour l'alimentation, le logement et l'aide éducative.

Directives fédérales sur la pauvreté - le gouvernement des États-Unis utilise le niveau de pauvreté fédéral pour définir le niveau de pauvreté d'un patient et de sa famille aux fins de la présente politique. Il est basé sur le revenu annuel en espèces d'une famille, plutôt que sur sa richesse totale, sa consommation annuelle ou sa propre évaluation du bien-être. Les lignes directrices de la pauvreté sont mises à jour chaque année dans le registre fédéral par le ministère américain de la santé et des Services humains en vigueur au moment de cette publication.

Tarif forfaitaire – un droit prédéterminé à certains services que les patients choisissent d'obtenir et qui sont payés par le patient au moment où les services sont réalisés.

Garant – le patient, le soignant ou l'entité responsable du paiement d'une facture de soins de santé.

Chef de ménage – la personne inscrite sur la déclaration de revenus comme «Chef de ménage».

Sans-abri - une personne qui n'a pas de logement permanent et qui peut vivre dans la rue; vivre dans un abri, une mission, un bâtiment abandonné ou un véhicule; ou dans toute autre situation instable ou non permanente. Un individu peut être considéré comme sans-abri si la personne vit avec une série d'amis et/ou de membres de la famille élargie pour une durée de plus de 90 jours.

Membres de la famille du ménage («Personnes à charge») – individus «résidant» dans un ménage qui sont reportés sur la déclaration de revenus du Chef du ménage.

Fournisseur d'admissibilité médicale / d'assistance médicale - fournisseur de plaidoyer contracté par BSHSI pour filtrer les patients éligibles aux programmes gouvernementaux et à l'aide financière du BSHSI.

Services médicalement nécessaires – Services de soins de santé nécessaires pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie, une blessure, un trouble maladie ou des symptômes et qui satisfont aux normes reconnues de la médecine. Dans toutes ces circonstances, si la maladie occasionne des symptômes débilissants ou des effets secondaires, elle est également considérée comme médicalement nécessaire de traiter.

Services non éligibles - les services de santé suivants ne sont pas éligibles à une aide financière en vertu de la présente politique:

- (A) Services fournis à la suite d'un accident. Ces frais sont assujettis à tous les éléments juridiques requis pour assurer le paiement de la responsabilité civile, même si ces éléments sont déposés après l'approbation de l'éligibilité initiale au Programme d'aide financière aux patients. Si une couverture de tiers existe, BSHSI percevra le solde dû par le tiers payeur. Si une couverture de tiers n'existe pas, le patient pourra solliciter une aide financière.
- (B) Les procédures facultatives non médicalement nécessaires telles que les procédures cosmétiques et avec tarif forfaitaire et les patients disposant d'une assurance qui choisissent de ne pas utiliser leur assurance, l'équipement médical durable, les soins à domicile, et les médicaments sur ordonnance.

Exigences réglementaires

En appliquant cette politique, BSHSI doit se conformer à toutes les autres lois, règles et règlements fédéraux, étatiques et locaux qui peuvent s'appliquer aux activités menées en vertu de la présente politique.

PROCÉDURE

La raison d'être de cette procédure est que BSHSI analyse de façon proactive afin d'identifier les personnes et les membres de leur famille qui peuvent être admissibles aux programmes d'assurance maladie fédéraux, étatiques ou locaux ou au programme d'aide financière aux patients Bon Secours («FAP»). L'application de cette politique à tout patient individuel est subordonnée à la réalisation satisfaisante de la demande d'aide financière avec toute la documentation nécessaire. Tout patient qui refuse de remplir de façon satisfaisante la demande d'aide financière, y compris les pièces justificatives, n'est pas éligible à une aide financière en vertu de la présente politique (à condition que le patient ait reçu les notifications requises par le règlement d'exécution en vertu de l'article 501(r).

BSHSI s'attend à ce que tous les patients soient présélectionnés pour des programmes d'assurance fédéraux, étatiques ou locaux avant d'être présélectionnés pour le programme FAP de BSHSI. Les patients devront collaborer avec BSHSI et fournir les informations appropriées et en temps

opportun pour bénéficier d'une aide financière. Les personnes ayant la capacité financière de souscrire une assurance maladie sont encouragées à le faire, afin d'assurer l'accès aux services de soins de santé plus larges et pour leur santé personnelle en général.

Dans certaines situations, la législation de l'état applicable peut imposer des obligations supplémentaires ou différentes aux établissements hospitaliers de ces États. L'objectif de cette politique est de se conformer à la fois aux exigences de la loi fédérale et étatique dans ces États. Par conséquent, certaines dispositions ne sont applicables que dans certains États, comme indiqué ci-après.

1. Critères d'éligibilité

L'octroi de l'aide financière sera basé sur une détermination individualisée des besoins financiers et ne tiendra pas compte de la race, de la religion, de la couleur, du sexe, de l'âge, de l'état matrimonial, de l'origine nationale, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de la génétique des informations, du statut de vétéran, de l'invalidité ou de toute autre caractéristique protégée par la Loi.

2. Montants facturés aux patients

Le FAP fournit une aide financière à 100% pour les services admissibles aux patients non assurés et assurés dont le revenu familial brut annuel est égal ou inférieur à 200% du Guide fédéral de la pauvreté (FPG) actuel, tel que modifié annuellement. BSHSI propose également un taux réduit pour les patients dont le revenu brut de la famille se trouve entre 201% et 400% du FPG (.

3. AGB

Une personne éligible au FAP ou une personne non assurée ne sera pas facturée plus que l'AGB pour toute urgence ou autre soin médicalement nécessaires. BSHSI propose une réduction aux patients non assurés qui ne bénéficient pas du droit à une aide financière. Le montant de réduction proposé à ces personnes est l'«AGB». L'AGB est ajustée annuellement sur le marché et est basée sur la méthode rétrospective utilisant les tarifs Medicare et commerciaux, y compris les paiements conjoints et les franchises.

4. Admissibilité présumée

Dans les cas où un patient non assuré peut sembler éligible à une aide financière, mais le patient n'a pas fourni les documents justificatifs nécessaires pour établir son éligibilité. Dans ces cas, les revenus estimatifs du patient et/ou le niveau fédéral de pauvreté peuvent être fournis par d'autres sources, comme les agences de crédit, afin d'obtenir des preuves suffisantes pour justifier l'octroi d'une aide financière au patient. L'admissibilité présumée est déterminée au cas par cas et n'est efficace que pour cet épisode de soins.

5. Période d'éligibilité

Les patients peuvent demander une aide financière jusqu'à 240 jours après la date de la première déclaration de facturation. Si l'aide financière est approuvée au patient, sa couverture est valable pour 240 jours avant et 240 jours après la date de signature de la demande. Les patients bénéficiant d'un accord pour obtenir une aide financière et qui reviennent pour bénéficier de services au cours des 240 jours du délai d'approbation seront examinés au regard des programmes d'assurance santé fédéraux, étatiques ou locaux à chaque visite. Le programme d'aide financière BSHSI n'est pas une assurance.

Les non-citoyens et les résidents permanents peuvent bénéficier d'une aide financière. Toutefois, les patients présents aux États-Unis grâce à un visa feront l'objet d'une analyse d'aide financière au cas par cas. Si un patient avec un visa se voit approuver l'aide financière, le délai d'approbation sera seulement valable pour cet épisode de soin, et non pour les 240 jours précédents ou suivants leur date de signature de la demande. Les patients sont tenus de fournir une copie de leur visa et toute information d'assurance, financière et/ou de parrainage.

6. Fournisseurs participants

Certains services médicaux nécessaires et relatifs aux soins d'urgence sont fournis par des fournisseurs non liés à BSHSI qui ne sont pas des employés de BSHBI et qui peuvent facturer séparément des services médicaux. Ceux-ci peuvent ne pas avoir adopté cette politique d'aide financière.

Cette politique est approuvée par le Conseil d'administration de BSHSI.

Pour toute question relative à la facturation et au recouvrement, veuillez consulter notre politique de facturation et de recouvrement.