

Titre de la politique d'entreprise :	Politique concernant l'aide financière pour les services de santé	N° d'identification de la politique :	179
Mots clés	aide financière au patient, soins de charité, services requis, NSA		

I. Objet de la politique d'entreprise

Établir une politique pour l'administration de l'aide financière de Dartmouth-Hitchcock (D-H) pour le programme des services de santé. Cette politique précise les points définis ci-après à l'égard de tous les soins d'urgence ou autres soins médicaux indispensables fournis par tous les établissements de D-H :

- les critères d'admissibilité au programme d'assistance financière ;
- la méthode que les patients doivent suivre pour demander une aide financière ;
- la base de calcul des montants facturés aux patients pouvant bénéficier d'une aide financière en vertu de la présente politique et la limitation des frais pour les soins d'urgence ou autres soins médicaux indispensables ; et
- les mesures prises par D-H pour faire connaître la politique au sein de la communauté desservie.

Cette politique vise à assurer la conformité aux exigences de la norme NH RSA 151:12-b, section 501(r) du Code des impôts (Internal Revenue Code) et la loi sur la protection des patients et des soins abordables (Patient Protection and Affordable Care Act) de 2010. La politique sera périodiquement amendée dans la mesure requise par la loi applicable.

II. Portée de la politique d'entreprise

Aux fins de la présente politique, une « demande d'aide financière » a trait à la prestation de soins d'urgence et autres soins médicaux indispensables offerts dans un établissement de D-H et fournis par D-H ou un autre fournisseur de soins de santé employé par D-H.

III Définitions

Aide financière (également connue sous le nom « soins de charité ») : la prestation gratuite ou à un prix réduit de soins de santé aux personnes qui satisfont aux critères établis en vertu de la présente politique.

Aide financière par présomption : la prestation d'une aide financière pour des soins médicaux indispensables à un patient pour lequel une demande d'aide financière D-H n'est pas complète en raison d'un manque de pièces justificatives ou de réponses de la part du patient. La détermination de l'admissibilité à l'aide est basée sur des conditions de vie personnelles qui démontrent un besoin d'aide financière. L'aide financière par présomption n'est pas disponible pour les soldes après les prestations sous le programme Medicare.

Famille : tel que défini par le U.S. Census Bureau (bureau du recensement américain), un groupe de deux ou plusieurs personnes qui habitent ensemble et qui sont liés par la naissance, le mariage ou l'adoption.

- On utilise la législation de l'État régissant le mariage ou l'union civile et les lignes directrices fédérales pour déterminer qui est inclus dans une famille.
- Dans le cas d'un candidat qui touche un revenu pour s'occuper d'adultes handicapés dans son foyer, l'adulte handicapé sera considéré comme un membre de la famille et ses revenus inclus pour la détermination d'admissibilité.
- On utilise les règles de l'Internal Revenue Service définissant les personnes pouvant être revendiquées comme personne à charge à des fins fiscales comme lignes directrices pour valider la taille de la famille dans l'octroi d'une aide financière.

Ménage : un groupe de personnes qui résident principalement ensemble et ont un statut légal (relation consanguine, mariage, adoption), ainsi que les parents non mariés d'un ou de plusieurs enfants communs. Le ménage d'un patient inclut le patient, un(e) conjoint(e), des enfants à charge, un couple non marié avec un enfant commun à charge vivant sous le même toit, un couple du même sexe (mariage ou union civile) et des parents déclarés à charge par un enfant adulte dans sa déclaration de revenus.

Revenu familial : selon la définition des lignes directrices fédérales sur le seuil de pauvreté (« FPL ») publiées chaque année par l'US Department of Health and Human Services (ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis) et fondées sur :

- le salaire, l'indemnisation chômage, l'indemnisation d'accident de travail, la sécurité sociale, l'allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI), l'assistance publique, les rémunérations aux anciens combattants, les prestations versées aux survivants, la pension ou le revenu de retraite, les intérêts, dividendes, loyers, redevances, revenus immobiliers, fiducies, le soutien à l'éducation, la pension alimentaire, la pension alimentaire pour enfants, l'aide d'une source extérieure au foyer et d'autres sources diverses;
- les avantages non pécuniaires (par ex., les bons alimentaires et les subventions au logement) **ne** sont **pas** pris en considération ;
- le revenu avant imposition ;
- le revenu de tous les membres de la famille (les personnes non apparentées, telles que des colocataires, **n'est pas** pris en considération).

Patient non assuré : un patient sans assurance ou autre source tierce de paiement pour ses soins médicaux.

Patient sous-assuré : un patient avec une certaine couverture d'assurance ou autre source tierce de paiement, mais dont les frais restant à sa charge excèdent néanmoins sa capacité de payer conformément à cette politique.

Charges brutes : le montant total des charges au tarif plein établi par l'organisation pour les services de soins de santé du patient.

Urgence médicale : tel que défini au sens de l'article 1867 de la loi sur la sécurité sociale (Social Security Act - 42 U.S.C. 1395dd), une condition médicale qui se manifeste par des symptômes aigus suffisamment graves (y compris des douleurs aiguës) pour que l'absence de soins médicaux immédiats puisse, dans la mesure du raisonnable, produire les résultats suivants :

- menacer sérieusement la santé de la personne (ou, en ce qui concerne une femme enceinte, la santé de la femme ou de son enfant à naître) ;
- gravement détériorer des fonctions corporelles ;
- provoquer une dysfonction grave d'un organe corporel ou d'une partie d'un organe ; ou
- en ce qui concerne une femme enceinte :
 - ne pas laisser assez de temps pour effectuer un transfert en toute sécurité vers un autre hôpital avant l'accouchement, ou
 - menacer la santé ou la sécurité de la femme ou l'enfant à naître dans le cas d'un transfert ou d'une sortie de l'hôpital.

Soins médicaux indispensables : selon la définition de Medicare, les éléments ou services de soins de santé nécessaires dans la mesure du raisonnable pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou blessure ou l'amélioration du fonctionnement d'un membre du corps mal formé.

IV. Énoncé de la Politique d'entreprise

Dartmouth-Hitchcock (D-H) s'engage à fournir une aide financière aux personnes qui doivent recevoir des soins de santé, mais qui n'ont pas les moyens financiers de payer pour les services ou les montants à leur charge. D-H s'efforce de faire en sorte que la capacité financière des personnes qui doivent recevoir des soins de santé ne les empêche pas de demander ou de recevoir des soins. Un patient peut demander une aide financière à n'importe quel moment avant, pendant ou après la prestation du service, et même après le renvoi de son compte à une agence de recouvrement externe.

D-H offre des prestations pour des conditions médicales d'urgence et des soins médicaux indispensables, quelle que soit la capacité du patient à payer ou son admissibilité à une aide financière ou une assistance gouvernementale et indépendamment de son âge, sexe, race, statut social ou statut d'immigré, orientation sexuelle ou appartenance religieuse.

L'aide financière n'est pas considérée remplacer la responsabilité personnelle. On attend du patient qu'il coopère avec les procédures D-H pour l'obtention d'une aide financière ou autre forme de paiement et qu'il contribue au paiement de ses soins sur la base de sa capacité individuelle à payer. Une personne financièrement capable de souscrire une assurance maladie est tenue de le faire, afin d'assurer l'accès aux services de santé, le maintien de sa santé personnelle et la protection de ses actifs individuels.

D-H n'imposera pas de mesures exceptionnelles de recouvrement à l'égard d'un patient, tel que le recours à une agence de recouvrement ou une action en justice, sans avoir fait préalablement tout ce qui est possible, dans la mesure du raisonnable, pour déterminer si ce patient est admissible à une aide financière. Toute exception doit être approuvée par le chef des services financiers. Reportez-vous à notre politique régissant le Crédit et le recouvrement pour plus d'informations sur les actions que D-H peut entreprendre en cas de non-paiement, notamment des mesures exceptionnelles de recouvrement et des efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité à l'aide. Vous pouvez demander une copie de la [politique](#)

[régissant le Crédit et le Recouvrement](#) en ligne ou aux bureaux de Services financiers aux patients, ou en composant le 844-808-0730 pour recevoir une copie par courrier.

A. **Critères d'admissibilité au programme d'aide financière.** Pour bénéficier de l'aide financière en vertu de cette Politique, un patient doit répondre aux critères suivants :

- Être résident de l'État du New Hampshire ou du Vermont ou être non-résident recevant des soins d'urgence à D-H ;
- Être non-assuré, sous-assuré, inadmissible pour n'importe quel programme gouvernemental de prestations de soins de santé et incapable de payer pour ses soins, comme indiqué dans la politique régissant le Crédit et les recouvrements, en tenant compte de la détermination de ses besoins financiers en vertu de cette politique ;
- Percevoir un revenu familial brut pour les 12 derniers mois, y compris le revenu brut de tous les membres de sa famille, inférieur à 300 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL) ;
- Percevoir un revenu familial supérieur à 300 % du FPL et un total des soldes dus pour les prestations à D-H supérieur à 10 % de deux ans de revenu familial, majoré de 10 % de la valeur des biens ménagers dépassant les montants protégés (tel que décrit ci-dessous) ;
- Pour déterminer la valeur des actifs, les biens comprennent, sans que cette liste soit exhaustive, les économies, pensions alimentaires, certificats de dépôt, comptes IRA, actions, obligations, comptes 401K et fonds communs de placement. Dans le calcul du montant des actifs aux fins de la qualification d'un patient pour les soins de charité, (i) les économies (ce qui comprend les comptes d'épargne, les pensions alimentaires ou les certificats de dépôt) sont protégés à hauteur de 100 % du FPL, (ii) les comptes d'épargne-retraite (ce qui comprend les comptes IRA, actions, obligations, comptes 401K et fonds communs de placement) sont protégés à hauteur de 100.000 \$, l'équité dans une résidence principale est protégée à hauteur de 200.000 \$ pour un candidat ayant atteint l'âge de 54 ans , et (iv) l'équité dans une résidence principale est protégée à hauteur de 250.000 \$ pour un candidat âgé d'au moins 55 ans. Lors de la déclaration de dividendes sur une déclaration de revenus, il faut indiquer la source des dividendes ainsi qu'une déclaration récente de la valeur marchande. Il est essentiel de documenter tous les paiements de fonds fiduciaires et la capacité d'accéder aux fonds ;
- Prouver la conformité aux exigences pour la demande d'une couverture d'assurance maladie dans le cadre d'un programme de couverture médical (Healthcare Exchange) de l'État du New Hampshire ou du Vermont s'il peut bénéficier de ce genre de programme. La haute direction peut approuver

une exception à cette règle pour un motif valable au cas par cas. Un « motif valable » dépend des faits et des circonstances et peut inclure :

- un candidat qui a manqué la période d'inscription et ne rentre pas dans la catégorie des personnes soumises à un événement qui change leur vie en dehors de la période d'inscription ;
- un candidat pour qui la charge financière est plus élevée s'il s'inscrit à un programme de soins de santé légitime que s'il ne s'y inscrit pas.

Si aucune interaction n'a lieu avec le patient concernant une aide financière ou si le patient est dans l'impossibilité de suivre les procédures de demande requises en vertu de cette Politique, le patient peut néanmoins être considéré comme pouvant bénéficier d'une aide financière par présomption.

B. Méthode de demande d'aide financière par le patient

1. D-H étudie des sources alternatives de paiement provenant de programmes fédéraux et régionaux ou autres et aide le patient à poser sa candidature pour ces programmes. En ce qui concerne tout solde restant après avoir épuisé ces autres types de ressources, D-H effectue une évaluation individuelle des besoins financiers du patient afin de déterminer s'il peut bénéficier d'aide en vertu de cette politique, en suivant les procédures ci-dessous :

- Un patient ou un garant est tenu de présenter une demande en utilisant le formulaire approuvé par la direction de D-H et de soumettre des renseignements personnels, financiers et autres, ainsi que la documentation requise par D-H afin de pouvoir déterminer si le patient peut bénéficier de l'aide, y compris, sans s'y limiter, la documentation requise pour vérifier les revenus de la famille, les actifs disponibles ou autres ressources. Si D-H ne parvient pas à obtenir une demande d'aide ou les pièces justificatives requises du patient ou de son garant, D-H peut considérer que le patient est un candidat éventuel à une aide financière par présomption ;
- En remplacement d'une demande et des pièces justificatives de la part du patient, le personnel D-H peut utiliser certaines des informations suivantes pour appuyer une recommandation pour l'approbation d'une demande d'aide financière :
 - D-H peut avoir recours à un ou plusieurs prestataires de services pour étudier l'admissibilité d'un patient à l'aide de sources de données accessibles au public fournissant des renseignements sur la capacité et tendance du patient ou de son garant à payer ;
 - Son admissibilité actuelle à Medicaid ;
 - Un relevé à jour d'une autorité fédérale ou régionale ;
 - Une preuve d'un foyer pour SDF ou centre de soins de santé fédéral agréé ;
 - Une preuve d'incarcération sans source de paiement du centre de détention ; ou

- Pour un patient individuel, une attestation verbale de ce dernier indiquant ses revenus et actifs peut être acceptée au lieu d'une attestation écrite, mais seulement pour un (1) seul compte, à condition que le solde de ce compte soit inférieur à 1000 \$.
2. Il est préférable, mais pas nécessaire, qu'une demande d'aide financière et une détermination de besoin financier soient faites avant la prestation de services médicaux indispensables non-urgents. Cependant, un patient peut faire une demande d'aide financière à tout moment pendant le cycle de recouvrement. Une demande d'aide financière approuvée s'applique à tous les soldes pour lesquels le patient a demandé la charité, en plus des soins urgents et autres soins médicaux indispensables fournis pendant une période de temps donnée, à des dates de service avant réception de la demande d'aide financière, y compris les soldes renvoyés à une agence de recouvrement, et tous les services fournis avant ou à la date de péremption figurant sur la lettre d'accusé de réception, tant que le service n'est pas répertorié sur le formulaire d'exclusions à la Politique d'aide financière (Financial Assistance Policy Exclusions Job Aid) (voir lien ci-dessous). Passé ce délai ou à tout moment ultérieur lorsque des renseignements complémentaires concernant l'admissibilité du patient à une aide financière deviennent disponibles, D-H réévaluera les besoins financiers du candidat conformément à cette politique.
- D-H accepte les décisions prises en vertu des programmes d'aide suivants sans demander des copies de la demande. Le paiement des quotes-parts pertinentes ou autres montants dont le patient est responsable doit être sollicité conformément aux conditions de ces programmes.
- Carte NH Health Access Network, uniquement pour les patients assurés ;
 - Good Neighbor Health Clinic ;
 - Manchester Community Health Center ;
 - Nashua Area Health Clinic ;
 - Mobile Community Health ;
 - Teen Health Clinic ;
 - Admissibilité actuelle à Medicaid si non rétroactive pour couvrir les services préalablement rendus.
3. D-H vise à traiter une demande financière et informer le patient d'une décision par écrit dans les 30 jours suivant la réception de la demande.
4. **Processus de recours** : Si D-H refuse une aide financière partielle ou totale, le patient (ou son représentant) peut faire appel de la décision dans les 30 jours. Le patient doit écrire une lettre au directeur d'Admissibilité et inscriptions pour expliquer pourquoi la décision prise par D-H n'était pas appropriée. D-H étudiera la lettre d'appel et enverra sa décision finale au patient dans les 30 jours suivant la réception de la demande d'appel.

C. Détermination du montant de l'aide financière

Tous les paiements d'assurance et ajustements contractuels, ainsi que l'escompte en l'absence de couverture, sont appliqués avant l'ajustement de l'aide financière. Voir la Politique de D-H relative aux rabais accordés aux patients non assurés : service Gestion des recettes (Revenue Management Division) (lien ci-dessous).

Si une personne est approuvée pour une aide financière, le montant de l'assistance offerte pour des soins pertinents est le suivant :

- revenu familial égal ou inférieur à 225 % du FPL (seuil de pauvreté) : aide financière de 100 % ;
- revenu familial entre 226 et 250 % du FPL : escompte de 75 % ;
- revenu familial entre 251 et 275 % du FPL : escompte de 50% ; et
- revenu familial entre 276 et 300 % du FPL : escompte de 25%.
- Comme indiqué ci-dessus, les patients dont le revenu familial est supérieur à 300 % du FPL peuvent avoir droit à un escompte basé sur le solde du montant à la charge du patient (« self-pay »). Des rabais seront accordés de manière à ce que le montant total à la charge du patient n'excède pas 10 % du revenu brut pour 2 ans, majoré de 10 % des actifs dépassant le calcul des actifs protégés précédemment décrits dans la politique. Des réductions autres que celles décrites ci-dessus doivent être approuvées par le comité d'Appel d'assistance financière sur la base d'un recours écrit du patient ou de la partie responsable.
- Un patient qui remplit les critères d'aide financière par présomption bénéficiera d'une aide financière totale.

Un patient sans assurance, y compris un patient non assuré pouvant avoir droit à une aide financière en vertu de la présente politique, ne peut pas être facturé plus que le montant habituellement facturé aux patients qui ont une assurance couvrant les mêmes soins. Dartmouth-Hitchcock offre un escompte sur les charges brutes pour tous les soldes des patients non assurés ; le patient est alors censé payer les soldes escomptés. L'escompte est basé sur la méthode « Prospective Medicare » décrite dans les règlements pertinents appliquant l'article 501(r) du Code des impôts (Internal Revenue Code). L'escompte est appliqué avant de facturer le patient et avant d'effectuer d'éventuels ajustements pour l'aide financière. Cet escompte ne s'applique pas aux quote-parts, coassurances, franchises, prépaiements ou ensembles de services qui reflètent déjà l'escompte requis, ou aux services que les compagnies d'assurance classifient comme non couverts.

D. Communication concernant la politique de D-H en matière d'aide financière aux patients et au sein de la communauté

- Un patient peut être orienté vers un programme d'aide financière par un membre du personnel ou un représentant de D-H, notamment un médecin, une infirmière, un conseiller financier, une assistante sociale, un gestionnaire de dossier, un aumônier et un parrain d'un groupe confessionnel. Une demande d'aide financière peut être soumise par le patient ou un membre de la famille, un ami proche ou un associé du patient,

sous réserve des lois applicables relatives à la protection des données personnelles.

- L'information concernant l'aide financière de D-H provient de D-H, y compris, sans s'y limiter, la présente politique, un résumé en langage clair de cette politique, un formulaire de demande et des renseignements concernant les politiques et procédures régissant le recouvrement auprès des patients sont disponibles au public et aux patients de D-H par le biais d'une des voies suivantes :
 - sur le site Web de D-H ;
 - par affichage dans les zones de soins aux patients ;
 - sur des fiches de renseignements dans les services d'enregistrement et d'admission ;
 - dans d'autres espaces publics, tel que déterminé par D-H ;
 - disponibles dans la langue principalement utilisée par la population desservie par D-H ; des services de traduction sont utilisés selon le besoin.

- Si le solde est approuvé, le patient reçoit une lettre lui indiquant l'approbation.

E. Procédure d'appel pour l'aide financière

- Si le solde n'est pas approuvé, le patient recevra une lettre de refus ou, sur demande, une copie de la demande indiquant la raison du refus. Une lettre décrivant la procédure d'appel officiel est jointe au courrier de refus ou aux lettres indiquant l'approbation d'une réduction partielle.
- Un comité composé de trois dirigeants de D-H n'ayant pas participé au processus d'origine examine l'appel et formule des recommandations pour chaque déni d'appel.

F. Détermination des niveaux de charité

- Niveaux d'autorisation :
 - moins de 500 \$ – conseiller financier
 - moins de 1000 \$ - superviseur
 - moins de 10.000 \$ – directeur
 - de 10.000 \$ à 50.000 \$ - directeurs de Conifer
 - plus de 50.000 \$ – directeur de Gestion des recettes

V. Références S/O

Propriétaire responsable :	Service de Gestion des recettes	Contact(s) : courrier électronique	Kimberly Mender
Approuvé par :	Conseil d'administration ; Directeur des Finances ; Bureau de Soutien aux politiques d'entreprise - uniquement les politiques ; Naimie, Tina	N° de version	5
Date d'approbation en cours :	Pas encore approuvée	Identifiant de l'ancien document :	RMD 0031
Date d'entrée en vigueur de la politique :	Pas encore approuvée		
Politiques et procédures associées	Politique d'escompte aux patients non assurés : Service de Gestion des recettes Politique régissant le crédit et le recouvrement		
Systèmes d'aide professionnelle associée :			