

Titre de la politique	Politique de l'aide financière en matière de services de santé	Numéro de politique	179
Mots clés	patient, aide financière, bienfaisance, soins requis, actes et prestations, besoin d'aide spéciale (NSA), exclus, exclusions de l'aide financière, demande d'aide financière (FAA)		

I. Objet de la politique

Établir une politique pour la gestion du programme d'aide financière en matière d'actes et de prestations de santé de Dartmouth-Hitchcock Health. La présente politique établit ce qui suit concernant tous les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires prodigués par l'ensemble des établissements D-HH :

- les critères d'admission à l'aide financière ;
- la procédure de demande d'aide financière que les patients peuvent suivre ;
- la base pour le calcul des montants facturés aux patients pouvant bénéficier de l'aide financière aux termes de la présente politique et la limite des frais associés aux soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires ;
- les mesures prises par D-HH pour promouvoir la politique au sein de la communauté concernée.

La présente politique est destinée à se conformer aux exigences de la section 151:12-b des *RSA* du New Hampshire (lois de l'état), à la section 501(r) de l'*Internal Revenue Code* (code des impôts) et à celles de la *Patient Protection and Affordable Care Act* (loi fédérale sur la protection des patients et des soins abordables) de 2010 qui sera modifiée dans la mesure requise par la loi en vigueur.

II. Cadre de la politique

La présente politique s'applique à tout prestataire de services de D-HH travaillant dans tout établissement D-HH chargé de fournir des soins d'urgence ou tout autre soin médicalement nécessaire et facturé par le prestataire de services de D-HH.

Dans le cadre de la présente politique, les demandes « d'aide financière » concernent la prestation de soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires dispensés dans l'ensemble des établissements D-HH par tout prestataire de services employé par D-H.

III. Définitions

Aide financière (également appelée « soins de bienfaisance ») : La réalisation d'actes et de prestations de santé gratuits ou à un tarif préférentiel aux individus qui remplissent les critères établis en vertu de la présente politique.

La **famille**, selon la définition de l'U.S. Census Bureau (Bureau de recensement des États-Unis), désigne un groupe d'au moins deux personnes habitant ensemble et unies par les liens du sang, du mariage ou de l'adoption.

- La législation de l'État concernant le mariage ou l'union civile et les lignes directrices fédérales

sont utilisées pour déterminer qui est inclus dans une famille.

- Dans le cas de demandeurs qui touchent un revenu pour s'occuper d'adultes handicapés chez eux, l'adulte handicapé sera compté comme un membre de la famille et son revenu inclus dans le calcul.
- Les règles de l'*Internal Revenue Service* (le fisc américain) qui définissent ceux qui peuvent être déclarés comme personnes à charge à des fins fiscales sont utilisées comme référence afin de valider la taille de la famille dans l'octroi d'une aide financière.

Aide financière par présomption : L'octroi d'une aide financière pour des actes et prestations médicalement nécessaires aux patients pour lesquels il n'existe pas de formulaire de demande d'aide financière D-HH dûment rempli en raison de l'absence de documents justificatifs ou de réponse du patient. La détermination de l'admissibilité à l'aide est basée sur les circonstances individuelles de vie justifiant un besoin financier. L'aide financière par présomption n'est pas disponible pour les soldes restants après paiement par Medicare (système fédéral d'assurance santé américain).

Foyer : Un groupe d'individus résidant principalement dans le même foyer qui ont une union légale (par le sang, le mariage, l'adoption), ainsi que les parents non mariés d'un ou plusieurs enfants en commun. Le foyer d'un patient comprend le patient, le conjoint/la conjointe, l'enfant à charge, un couple non marié ayant un enfant à charge en commun et vivant sous le même toit, un couple homosexuel (marié ou en union civile), et les parents réclamés comme personnes à charge sur la déclaration d'impôts de l'enfant adulte.

Revenu familial : Tel que défini dans les lignes directrices sur le seuil fédéral de pauvreté (FPL), publiées chaque année par le ministère américain de la Santé et des Services sociaux :

- les revenus, l'indemnisation chômage, l'indemnisation d'accident de travail, la sécurité sociale, l'allocation supplémentaire de revenu de sécurité, l'aide sociale, les rémunérations aux anciens combattants, les prestations versées aux survivants, la pension de retraite, les intérêts, les dividendes, les loyers, les droits, les revenus fonciers, les fiducies, l'aide aux études, la pension compensatoire, la pension alimentaire, les aides extérieures au foyer et toutes autres sources diverses ;
- les prestations non pécuniaires (telles que les bons alimentaires et les aides au logement) **ne** comptent **pas** ;
- les revenus avant impôt ;
- les revenus de tous les membres de la famille (les personnes non apparentées, telles que des colocataires, **ne** comptent **pas**).

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

Patient sous-assuré : Un patient titulaire d'une assurance quelconque ou autre source tierce de paiement et dont les frais restant à sa charge excèdent néanmoins sa solvabilité conformément à la présente politique.

Frais bruts : Les frais totaux aux tarifs pleins établis par l'organisation pour les services des soins de santé du patient.

Conditions médicales d'urgence : Tel que défini au sens de la section 1867 de la *Social Security Act*

(loi sur la sécurité sociale) 42 U.S.C. 1395dd), une pathologie se manifestant par des symptômes aigus et suffisamment graves (y compris, une douleur intense) pour laquelle l'absence de prise en charge médicale immédiate pourrait raisonnablement entraîner :

- un risque sanitaire grave pour l'individu (ou, concernant une femme enceinte, la santé de celle-ci ou de son enfant à naître)
- une déficience sérieuse des fonctions corporelles
- un dysfonctionnement sérieux de tout organe corporel ou partie du corps
- pour une femme enceinte :
 - un délai insuffisant pour transférer en toute sécurité la patiente vers un autre hôpital avant l'accouchement.
 - une menace à la santé ou la sécurité de la femme ou de l'enfant à naître dans le cas d'un transfert ou d'une sortie de l'hôpital.

Médicalement nécessaire : Tel que défini par *Medicare* en ce qui concerne les articles, les actes et prestations de santé, nécessaires dans la mesure du raisonnable, pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure ou pour l'amélioration du fonctionnement d'un membre du corps mal formé.

Facultatif : Les articles, les actes et prestations de santé qui ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires.

Exclusions de l'aide financière : Les actes et prestations qui ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires ou comme étant facultatifs. Cette politique s'applique aux soins dispensés dans tout établissement de D-H, APD ou CMC par tout prestataire de services employé par D-HH. De plus, les prestataires de services peuvent dispenser des soins dans les espaces D-H, APD ou CMC dans le cadre d'une entité non D-HH. Ces actes et prestations ne sont pas couverts par la politique d'aide financière de D-HH.

Dartmouth-Hitchcock Health : Aux fins de la présente politique, les membres du système de Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) sont l'Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, et Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH). Tous les autres hôpitaux du New Hampshire et du Vermont sont considérés comme des établissements non membres.

La présente politique s'applique à la Dartmouth-Hitchcock Clinic, au Mary Hitchcock Memorial Hospital, à l'Alice Peck Day Memorial Hospital, au New London Hospital et au Cheshire Medical Center.

IV. Déclaration de principe

Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) s'engage à fournir une aide financière aux personnes nécessitant des soins médicaux mais n'ayant pas les moyens financiers pour payer les actes et prestations ou les soldes à leur charge.

D-HH s'efforce de garantir que la capacité financière des demandeurs d'actes et de prestations de santé ne les empêche pas de solliciter une prise en charge ou de recevoir des soins. Un patient peut demander une aide financière à tout moment avant, pendant ou après la réalisation de l'acte ou de la prestation et même après que le compte ait été renvoyé à une agence de recouvrement externe.

D-HH dispensera les soins pour les pathologies d'urgence et pour les actes et prestations médicalement

nécessaires aux individus indépendamment de leur solvabilité ou de leur admissibilité à une aide financière ou gouvernementale, et indépendamment de leur âge, sexe, race, statut social ou migratoire, orientation sexuelle ou appartenance religieuse. Conformément à l'*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA - loi pour le traitement médical d'urgence et l'accouchement), aucun patient ne doit faire l'objet d'une sélection en matière d'aide financière ou d'informations de paiement avant que les actes et prestations pour les pathologies d'urgence aient été dispensés.

L'aide financière ne saurait remplacer la responsabilité individuelle. Les patients sont tenus de coopérer avec les procédures de D-HH afin d'obtenir l'aide financière ou toute autre forme de paiement et de contribuer à leurs dépenses médicales en fonction de leur solvabilité individuelle.

Les individus ayant la capacité financière de souscrire à une assurance santé sont tenus de le faire afin de s'assurer l'accès aux actes et prestations de santé pour leur santé personnelle et pour la protection de leurs actifs individuels.

D-HH ne prendra pas de mesures de recouvrement extraordinaires à l'égard d'un patient sans avoir d'abord fait les efforts, dans la mesure du raisonnable, pour déterminer si ce patient a droit à l'aide financière. Toute exception doit être approuvée par le directeur financier. Pour obtenir des informations sur les mesures que H peut prendre en cas de défaut de paiement, veuillez consulter notre politique régissant le crédit et les recouvrements. Un exemplaire de la [politique régissant le crédit et les recouvrements](#) est disponible en ligne ou peut être obtenu auprès des *Patients Financial Services Offices* (bureaux des services financiers des patients) ou être envoyé par courrier en appelant le 844-808-0730.

A. Critères d'admissibilité au programme d'aide financière pour les patients porteurs du VIH.

Pour être admissible à l'aide financière aux termes de la présente politique, un patient doit remplir les critères suivants :

- Être résident du NH ou du VT, ou être un non-résident recevant un traitement médical d'urgence dans un établissement de D-HH.
- Être non assuré ou sous-assuré, ne pas remplir les conditions des programmes gouvernementaux de prestations de soins de santé et être dans l'incapacité de régler ses soins comme établi par la politique régissant le crédit et les recouvrements, selon un calcul des besoins financiers conformément à la présente politique.
- Percevoir un revenu familial brut, comprenant tous les membres du foyer du patient, inférieur à 300 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL) sur les 12 derniers mois.
- Percevoir un revenu familial brut supérieur à 300 % du FPL et un total des soldes dus pour les actes et prestations à D-HH supérieur à 10 % de 2 années de revenu familial, majoré de 10 % de la valeur des actifs du foyer en sus des montants couverts (tels que décrits ci-dessous).
- La partie C et D du programme *NH Care HIV*. Pour qualifier aux subventions *NH State* (Fonds *NH Care*), le patient doit d'abord faire une demande au programme *NH Medicaid* et ne pas être accepté. Si le patient est refusé, si son revenu est inférieur à 500 % du FPL et s'il est admissible et fournit les documents requis, la subvention couvrira les actes et prestations ambulatoires pour le traitement du VIH uniquement. Les actes et prestations d'hospitalisation ne sont pas couverts par cette subvention. Toutefois, ces frais sont assimilés aux frais à la charge du patient. La mise à disposition de la subvention requiert une limite ou un plafond de frais selon un pourcentage des revenus du patient. Les frais comptant pour le plafond comprennent tous les soins médicaux, les soins à domicile, les médicaments sur ordonnance,

même s'ils ne sont pas fournis par des prestataires de services D-HH. L'aide financière de D-HH est toujours appliquée avant un plafonnement des frais. Les actifs ne sont pas calculés pour le plafonnement des frais des parties C et D.

Conditions du programme :

- Diagnostic du VIH (Partie C)
- Diagnostic du VIH ou membre de la famille de femme ou enfant séropositif

Conditions pour le programme *NH State HAB (NH Cares)* :

- Être résident du New Hampshire
- Être diagnostiqué porteur du VIH
- Avoir un revenu inférieur ou égal à 300 % du FPL
- Faire la demande de *Medicaid* au moins une fois par an

Le tableau ci-dessous décrit le pourcentage du revenu à la charge du patient avant que D-HH ne cesse de facturer (quotes-parts, assurance à risque partagé, franchises ou frais de consultations) au patient pour toute consultation future.

Revenu individuel	Montant maximal des frais
Inférieur ou égal à 100 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté actuelles	0 \$
Entre 101 % et 200 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté actuelles	Pas plus de 5 % du revenu brut annuel (par exemple, pour un revenu annuel de 18 000 \$, le plafonnement des frais est fixé à 500 \$)
Entre 201 % et 300 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté actuelles	Pas plus de 7 % du revenu brut annuel (par exemple, pour un revenu annuel de 33 000 \$, le plafonnement des frais est fixé à 2 310 \$)
Supérieur à 300 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté actuelles	Pas plus de 10 % du revenu brut annuel (par exemple, pour un revenu annuel de 49 000 \$, le plafonnement des frais est fixé à 4 900 \$)

- Les documents relatifs aux revenus doivent être obtenus auprès de chaque patient au moins une fois par an pour les Parties C et D des subventions. Les revenus doivent être vérifiés tous les 6 mois si la décision de la demande d'aide financière de D-HH est prolongée de plus de 6 mois. Les documents justificatifs doivent comprendre l'un des documents suivants :
 - Dernière déclaration d'impôt
 - Bulletin de salaire récent
 - Avis de vérification du statut de chômage
 - Allocation de bons alimentaires
 - Indemnités de la sécurité sociale
- Il est préférable que le patient remplisse la demande d'aide financière spéciale pour les personnes séropositives. Toutefois, la demande D-HH sera aussi acceptée. Des renseignements complémentaires, tels que le logement, doivent être obtenus et suivis.

- Comment la valeur des actifs est-elle déterminée ? Les actifs comprennent sans s’y limiter, les éléments suivants : l’épargne, la pension compensatoire, les certificats de dépôts, les comptes d’épargne retraite, les actions, les obligations, les plans d’épargne retraite par capitalisation 401(k) et les fonds mutuels. Afin de déterminer si un patient remplit les conditions de l’aide de bienfaisance, le calcul du montant des actifs prend en compte :
 - L’épargne (qui comprend les comptes épargne, la pension compensatoire ou les certificat(s) de dépôts) est couverte à hauteur de 100 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL).
 - Les comptes retraite (y compris les comptes d’épargne retraite, les actions, les obligations, les plans d’épargne retraite par capitalisation 401(k) et les fonds mutuels) sont couverts à hauteur de 100 000 \$, les fonds propres sont couverts à hauteur de 200 000 \$ pour les demandeurs ayant atteint l’âge de 54 ans, et la valeur résiduelle d’une résidence principale est couverte à hauteur de 250 000 \$ pour les demandeurs de 55 ans et plus.
 - Lorsque les dividendes sont notés sur la déclaration d’impôts, la source des dividendes sera demandée ainsi qu’une déclaration récente de la valeur marchande.
 - Les renseignements de tous les paiements des fiducies et la possibilité d’accéder aux fonds fiduciaires est requise.
- Prouver la conformité aux exigences pour la demande d’une couverture d’un régime d’assurance-maladie qualifié, le New Hampshire ou le Vermont Healthcare Exchange Program (Programme d’échange santé du Vermont ou du New Hampshire), si le patient remplit les conditions de ces programmes. Des exceptions à ce prérequis peuvent être approuvées par la haute direction avec justificatif et au cas par cas. Le justificatif dépendra des faits et circonstances et peut inclure :
 - Les personnes ayant manqué la période d’inscription et ne rentrant pas dans la catégorie « événement de vie majeur en dehors de la période d’inscription ».
 - Ceux pour qui le fardeau économique de souscrire à une assurance santé serait difficilement supportable.

B. Procédure de demande d’aide financière à suivre par les patients

Si aucune interaction n’a lieu avec le patient concernant l’aide financière ou si le patient n’est pas en mesure de compléter les procédures de demande requises dans le cadre de la présente politique, ces patients peuvent néanmoins être considérés comme ayant droit à l’aide financière par présomption.

1. D-HH recherchera des sources alternatives de couvertures et/ou de paiement tels que des programmes fédéraux, d’États ou autres programmes et aidera les patients à soumettre des demandes auxdits programmes. Concernant les éventuels soldes restant après utilisation de ces autres sources, D-HH réalisera une évaluation individuelle des besoins financiers du patient afin de déterminer s’il peut bénéficier de l’aide au titre de la présente politique par le biais des procédures suivantes :
 - Un patient ou un garant est tenu de soumettre une demande via un formulaire approuvé par la direction de D-HH et doit fournir les renseignements et documents justificatifs

personnels, financiers et autres tels que requis par D-HH afin de déterminer si l'individu peut bénéficier de l'aide, y compris, sans s'y limiter, les documents justificatifs pour vérifier le revenu familial, les actifs disponibles ou autres ressources. Si D-HH ne parvient pas à obtenir une demande ou tout autre document justificatif requis du patient ou du garant du patient, D-HH peut considérer que le patient remplit éventuellement les conditions de l'aide financière par présomption.

- À la place d'une demande et des documents justificatifs du patient, le personnel peut utiliser l'une des méthodes suivantes pour justifier une recommandation à des fins d'approbation d'une demande d'aide financière :
 - D-HH peut avoir recours à un ou plusieurs prestataires de services pour étudier l'admissibilité des individus en utilisant les sources de données accessibles au public fournissant des renseignements sur la capacité ou la propension du patient ou de son garant à payer.
 - Son admissibilité actuelle à *Medicaid* (couverture médicale pour les plus démunis).
 - Une déclaration récente fournie par une autorité fédérale ou de l'état concernant l'hébergement.
 - Un justificatif d'hébergement dans un refuge pour sans-abris ou d'un centre de soins de santé fédéral agréé.
 - Un justificatif d'incarcération sans source de paiement du centre de détention.
 - Pour un patient individuel, une attestation verbale de ce dernier indiquant son revenu et ses actifs, tenant lieu d'une preuve écrite du revenu, peut être acceptée en ce qui concerne un (1) seul compte, sous réserve que le solde dudit compte soit inférieur à 1 000 \$.
2. Il est préférable, mais pas obligatoire, qu'une demande d'aide financière et qu'un calcul des besoins financiers aient lieu avant la réalisation d'actes et de prestations médicalement nécessaires non-urgents. Cependant, une aide financière peut être envisagée pour le patient à tout moment du cycle de recouvrement. Une demande d'aide financière approuvée s'applique à tous les soldes pour lesquels le patient a demandé une aide de bienfaisance, en plus des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires dispensés pour une période, aux dates de l'acte et de la prestation avant la réception de l'aide financière demandée, y compris les soldes remis à une agence de recouvrement et tous actes et prestations fournis avant ou à la date d'expiration mentionnée sur l'accusé de réception tant que l'acte ou la prestation n'est pas indiqué ci-dessous. Passé ce délai, ou à tout autre moment, dès lors qu'une information complémentaire pertinente à l'admissibilité du patient à l'aide financière est connue, D-HH réévaluera le besoin financier de l'individu conformément à la présente politique.

D-HH reconnaît les décisions prises par les programmes d'aide suivants sans solliciter de copies des demandes. D-HH se réserve le droit d'accepter ou de refuser les décisions qui ne suivraient pas les recommandations D-HH formulées par les organisations ci-dessous.

Toutes les quotes-parts applicables ou autres montants à la charge du patient doivent être demandés conformément aux conditions desdits programmes.

- NH Health Access Network Card (carte du réseau d'accès à la santé du New Hampshire), 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 actes et prestations passés
 - Patient décédé sans actif (tel que confirmé par l'exécuteur testamentaire ou l'État)
3. D-HH a pour objectif de traiter une demande d'aide financière et d'informer le patient d'une décision par écrit dans les 30 jours suivant la réception de la demande remplie en bonne et due forme.
 4. **Procédure d'appels** : Si D-HH refuse partiellement ou totalement l'octroi de l'aide financière, le patient (ou son représentant) peut alors faire appel de la décision dans les 30 jours. Le patient doit écrire une lettre au Director of Eligibility and Enrollment (Directeur chargé de l'admissibilité et des inscriptions) afin d'expliquer pourquoi la décision prise par D-HH n'était pas appropriée. La lettre d'appel sera examinée par D-HH et une décision définitive sera communiquée au patient dans les 30 jours suivant la réception de la demande d'appel.

C. Calcul du montant de l'aide financière

Tous les paiements de l'assurance et les ajustements contractuels ainsi que la remise aux personnes non assurées sont appliqués avant l'ajustement de l'aide financière. Consultez la Politique D-HH de tarif préférentiel des patients sans assurance : Division de la gestion des revenus (lien ci-dessous)

Si la demande d'un individu est validée pour l'octroi de l'aide financière, le montant de ladite aide qui sera appliquée pour le soin en question sera le suivant :

- Les familles dont le revenu est inférieur ou égal à 225 % du FPL recevront une aide financière à 100 %
- Les familles dont le revenu est entre 226 % et 250 % du FPL recevront une remise 75 %
- Les familles dont le revenu est entre 251 % et 275 % du FPL recevront une remise 50 %
- Les familles dont le revenu est entre 276 % et 300 % du FPL recevront une remise 25 %
- Comme mentionné précédemment, les patients dont le revenu familial est supérieur à 300 % du FPL peuvent avoir droit à l'octroi d'une remise sur les soldes à charge (« *self-pay balance* »). Des remises seront accordées de sorte que le montant total de la facture à régler incombant au patient n'excède pas l'équivalent de 10 % de son revenu brut sur 2 ans, majoré de 10 % des actifs dépassant le calcul des actifs couverts décrits précédemment dans la présente politique. Toutes remises autres que celles décrites plus haut doivent être approuvées par le comité des appels des demandes à l'aide financière sur la base d'un recours écrit du patient ou de la partie responsable.
- Les patients remplissant les critères d'aide financière par présomption recevront 100 % de l'aide financière.

Les patients sans assurance, y compris les patients non assurés admissibles à l'aide financière dans le cadre de la présente politique, ne seront pas facturés plus que le montant généralement facturé aux patients ayant une assurance couvrant le même soin. Dartmouth-Hitchcock applique une remise sur les frais bruts de tous les soldes pour les patients qui n'ont pas d'assurance, résultant en un solde réduit que le patient est tenu de régler.

La remise est basée sur la méthode de calcul de *Medicare* basée sur une période antérieure définie des rémunérations à l'acte de *Medicare (fee-for-service)* et des actes facturés aux patients ayant une assurance privée comme indiqué dans les réglementations en vigueur appliquant la Section 501(r) de l'*Internal Revenue Code* (code des impôts américain). La remise est appliquée avant facturation du patient et avant application de tout ajustement lié à l'aide financière. Cette remise ne s'applique ni aux quotes-parts, ni aux assurances à risque partagé, ni aux montants de la franchise, ni au prépaiement, ni aux prestations forfaitaires qui reflètent déjà toute remise requise, ni aux prestations classifiées comme non couvertes par toutes les compagnies d'assurance.

Pour l'exercice financier allant du 01/07/2021 au 30/06/2022, les taux de remise suivants s'appliquent :

Dartmouth-Hitchcock Clinic	61,6 %
Mary Hitchcock Memorial Hospital	61,6 %
Cheshire Medical Center	64,3 %
Alice Peck Day Memorial Hospital	30,8 %
New London Hospital	51,7 %

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

- L'orientation des patients vers l'aide financière peut être faite par tout membre du personnel ou représentant de D-HH, y compris les médecins, les infirmiers, les conseillers financiers, les assistants sociaux, les gestionnaires de cas, les aumôniers ou les parrains 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 sur la protection de la vie privée.
- L'information concernant l'aide financière de D-HH, y compris mais sans se limiter à la présente politique, un résumé en langage simple de cette politique, un formulaire de demande et des renseignements concernant les procédures et politiques régissant le recouvrement auprès des patients de D-HH, seront mises à la disposition du public et aux patients de D-HH par les moyens décrits ci-dessous :
 - sur les sites internet D-HH
 - par affichage dans les espaces de soin des patients,
 - sur des fiches d'information dans les services d'enregistrement et d'admission,
 - disponibles dans d'autres lieux publics comme définis par D-HH
 - disponibles dans les principales langues parlées par la population desservie par D-H/CMC ; des services de traduction sont disponibles le cas échéant.
- Si le solde est approuvé, une lettre d'approbation est envoyée au patient.

E. Aide pour remplir les formulaires de demande

Vous pouvez recevoir de l'aide en personne pour remplir le présent formulaire de demande aux lieux suivants :

Dartmouth-Hitchcock One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051	Dartmouth-Hitchcock Clinic Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301 (603) 229-5080	Dartmouth-Hitchcock Clinic Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104 (603) 695-2692
Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063 (603) 577-4055	Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5454 n° de poste : 4444	Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431 (603) 354-5430
Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Drive Lebanon, NH 03766 (603) 443-9579	New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257 (603) 526-2911	

Vous continuerez d’être financièrement responsable pour les actes et prestations que vous recevrez jusqu’à la réception de la demande remplie en bonne et due forme.

D’autres options sont disponibles auprès du New Hampshire Health Access Network (réseau d’accès à la santé du New Hampshire) (<https://www.healthynh.com/nh-health-access-network.html>)

F. Procédure d’appels en matière d’aide financière

- Si le solde n’est pas approuvé, une lettre de refus sera envoyée au patient ou bien, s’il en fait la requête, une copie de la demande soulignant la raison du refus. Une lettre établissant la procédure formelle d’appels est également envoyée avec tout refus ou pour les lettres n’octroyant qu’une réduction partielle.
- Un comité composé de trois dirigeants de D-HH n’ayant pas participé à la procédure initiale examineront l’appel et feront des recommandations concernant tous les refus d’appels.

G. Admissibilité à l’aide financière par présomption

D-HH peut faire appel à un tiers pour vérifier les informations du patient afin d’évaluer ses besoins financiers. Cette vérification utilise un modèle prédictif reconnu dans le secteur de la santé qui s’appuie sur des bases de données d’archives publiques. Le modèle contient des données d’archives publiques pour calculer un score de capacité socioéconomique et financière comprenant des estimations de revenus, de ressources et de liquidité. L’ensemble de règles du modèle est conçu pour évaluer chaque patient selon les mêmes critères et est calibré sur les approbations historiques d’aide financière du système Dartmouth-Hitchcock Health.

Les informations du modèle prédictif peuvent être utilisées par D-HH pour accorder l’admissibilité par présomption en cas d’absence d’informations fournies directement par le patient. L’aide financière par présomption n’est pas disponible pour les soldes restants après paiement par Medicare (système fédéral d’assurance santé américain).

La vérification par présomption est utilisée, sans prendre en compte le solde débiteur, sur des comptes admissibles allant au-delà de 120 jours après l’envoi des relevés, et après l’envoi d’avis pour le recouvrement de la dette et avant le renvoi du compte vers une agence de recouvrement externe, pour fournir une aide financière aux patients qui n’ont pas répondu à la notification de

l'option de compléter la demande d'aide financière. Les comptes de succession ayant dépassé les délais remplissent les conditions de sélection par présomption.

L'aide de bienfaisance par présomption ne remplace pas les processus classiques des politiques d'aides financières (FAP - Financial Assistance Policies). Celle-ci est utilisée en complément de ces efforts et prévue pour les patients qui sont autrement non réceptifs au processus FAP classique. Dans le but d'élimination des obstacles pour ces patients et aux fins d'en faire bénéficier les patients, l'hôpital utilise un processus de vérification électronique avant de placer le compte du patient en créance irrécouvrable. Les patients jugés comme remplissant les conditions de l'aide de bienfaisance par présomption ne verront pas leur compte transmis à une agence de recouvrement.

L'inclusion à ce programme dépend d'un algorithme d'attribution de score utilisant les informations issues de documents publics et n'utilise généralement pas de barème dégressif. Les remises partielles ne sont pas autorisées avec l'aide de bienfaisance par présomption. Les populations démographiques spécifiques entendent comprendre :

- Les personnes décédées sans patrimoine ou famille connue
- Les personnes itinérantes ou sans domicile fixe
- Les personnes détachées de leur famille et sans groupe de soutien
- Les patients non réceptifs au processus classique ou incapables de suivre

L'attribution de score dans le cadre de l'aide de bienfaisance par présomption comprend un facteur socioéconomique et des données qui ne sont pas fondées sur la solvabilité. Le processus de vérification exploite les bases de données publiques contenant les informations suivantes :

- Les opérations commerciales
- Les dossiers judiciaires
- La propriété d'actifs
- La possession vs. location de la résidence principale
- Les données démographiques et économiques de la région
- La situation professionnelle
- Les fichiers relatifs aux services publics
- Les fichiers du gouvernement
- (faillite, numéro de sécurité sociale, personnes décédées)

L'aide de bienfaisance par présomption ne repose pas sur les données d'agences de renseignements commerciaux et n'affecte pas de manière active ou passive le rapport de solvabilité. Les renseignements obtenus contiennent un score pour l'obtention de l'aide de bienfaisance par présomption sur une échelle de 0 (plus nécessaire) à 1 000 (moins nécessaire). Ces renseignements permettent de prédire le besoin d'un garant selon les facteurs connus, notamment mais sans s'y limiter, les revenus, les actifs et la liquidité.

Remboursements :

Si un patient a payé un solde débiteur et présente ensuite une demande d'aide financière dûment complétée qui est approuvée selon le processus de demande, l'hôpital remboursera toute somme que l'individu a payé pour le soin.

H. Calcul des niveaux de bienfaisance

- Les niveaux d'autorisations sont les suivants :

Poste	Dartmouth-Hitchcock	Hôpitaux membres
Vice-président/Directeur financier/Président	> 350 000 \$	> 100 000 \$
Directeur de la gestion des revenus	> 50 000 \$	> 50 000 \$
Directeur - Conifer	Jusqu'à 50 000 \$	Jusqu'à 50 000 \$
Responsable - Conifer	Jusqu'à 5 000 \$	Jusqu'à 5 000 \$
Superviseur - Conifer	Jusqu'à 1 000 \$	Jusqu'à 1 000 \$
Chargé de compte - Conifer	Jusqu'à 500 \$	Jusqu'à 500 \$

I. Exclusions de l'aide financière – Actes et prestations

a. Considérations particulières

- Les interventions médicales suivantes ne sont pas inévitablement des formules tout compris.
- Des actes et prestations jugés comme n'étant pas médicalement nécessaires par le prestataire pourraient être exclus.
- Tous les efforts seront mis en œuvre pour informer le patient avant la réalisation de l'acte ou de la prestation de tout traitement non couvert par le programme d'aide financière.

b. Interventions esthétiques facultatives (non couvertes)

- Capsulectomie mammaire avec implants
- Mastopexie (lifting des seins)
- Gynécomastie (ablation des seins masculins)
- Mammectomie (chirurgie esthétique)
- Rhytidectomie (lifting facial)
- Blépharoplastie (paupières)
- Lifting des sourcils (gras / rides sur le front)
- Chirurgie d'augmentation mammaire (implants mammaires)
- Chirurgie de réduction mammaire (réduction mammaire si non couverte par l'assurance)
- Rhinoplastie (nez)
- Interventions de dermatologie
- Abdominoplastie (liposuction du ventre)
- Lipectomie de toute nature (liposuction) – peut également être répertoriée comme l'élimination de l'excès de peau ou de graisse qui n'est pas considéré comme une nécessité médicale

Remarque : Les interventions ci-dessus sont généralement examinées et identifiées par les responsables des informations financières

c. Insémination artificielle

- Micro-réanastomose (inversion de la ligature des trompes)

- Vasovasostomie (inversion de la vasectomie)
- Laparoscopie pour le traitement de l'infertilité (Programmes IAD - FIV - GIFT (transfert intratubaire de gamètes))
- Traitement de l'infertilité

d. Autre

- Acupuncture
- Services chiropratiques
- Appareils auditifs et réparations
- Lunettes
- Massage thérapeutique
- Ordonnance pharmaceutique et médicaments en vente libre
- Clinique santé-voyage
- Étude du cordon sanguin
- Ventes au détail
- Services fournis par Renaissance Psychiatry of New England, LLC

e. Aide financière UNIQUEMENT après validation de la nécessité médicale

- Chirurgie bariatrique

f. Divisions de Manchester et Nashua seulement

- **Examens oculaires de routine**
 - Uniquement couverts s'ils sont jugés comme étant médicalement nécessaires et/ou s'il y a une pathologie sous-jacente.
 - Dans les cas où ces conditions ne sont PAS réunies, le planificateur informera le patient qu'une aide financière ne s'appliquera pas.
 - Les services d'ophtalmologie de Keene et Lebanon les passent en résultat.

g. Exemptions

- Certains actes et prestations relèvent de la catégorie « facultatifs et non médicalement nécessaires » et peuvent être couverts par la politique d'aide financière de D-HH pour tous ou certains des actes et prestations liés à l'épisode de soins.
- Les politiques et les procédures seront établies pour les actes et prestations connus et seront gérées par l'équipe d'accès aux ressources des patients.
- Celles-ci seront examinées annuellement pour révision si nécessaires.
- Les cas individuels seront examinés par la direction du service *Patient Access* et par le vice-président de la gestion des revenus en vue d'approuver l'exception.

h. Exclusions de l'aide financière – Prestataires non D-H

- Cheshire – Radiology Associates of Keene (Associés de radiologie de Keene)
- Cheshire – Surgicare Medical Equipment (Matériel médical Surgicare)
- Cheshire – Monadnock Family Services (Services aux familles Monadnock)
- Manchester – Foundation Medical Partners (Fondation des partenaires médicaux)
- Manchester – Amoskeag Anesthesia (Anesthésie Amoskeag)

- Manchester – Dietician Services (Services de diététicien)
- Manchester – Alliance Health Services/Catholic Medical Center (Services de santé Alliance/Centre médical catholique)
- Bedford – Alliance Health Services/Catholic Medical Center (Services de santé Alliance/Centre médical catholique)
- Nashua – Greater Nashua Mental Health Center (Centre de santé mentale de la région métropolitaine de Nashua) (travailleur social)
- Nashua – Nashua Anesthesiologist Group (Groupe d’anesthésistes de Nashua)
- Nashua – St. Joseph’s Hospital (Hôpital St. Joseph) (Services de thérapie physique/rééducation)
- Concord – Riverbend Community Mental Health (Santé mentale communautaire de Riverbend)
- Concord – Services fournis par le Concord Hospital (Hôpital Concord)
- Lebanon – Matériel médical Orthocare
- Alice Peck Day – Medstream Anesthesia
- Alice Peck Day – Upper Valley Neurology and Neurosurgery (UVNN) (Neurologie et neurochirurgie de l’Upper Valley)
- Alice Peck Day – Envision (ED & Hospitalist)*
- New London Hospital – Concord Orthopaedics (professionnel) (Service d’orthopédie)
- New London Hospital – Concord Podiatry (professionnel) (Service de podologie)
- New London Hospital – Concord Urology (professionnel) (Service d’urologie)
- New London Hospital – Counseling Associates (professionnel) (Service d’aide psychologique)
- New London Hospital – Dr Richard Rosata – Chirurgie buccale et maxillo-faciale (professionnel)
- New London Hospital – Valley Regional Healthcare (professionnel)
- New London Hospital – Peraza Dermatology Group (professionnel) (Service de dermatologie)
- New London Hospital – Optical Shop (Service d’ophtalmologie)
- New London Hospital – Midwife Services (professionnel) (Service de sage-femmes)

*Contrat résilié

V. Références Non concerné

Propriétaire responsable :	Division des finances de l'entreprise	Contact(s) :	Kimberly Mender
Approuvé par :	Directeur - Finances ; Committee on Policy Support (COPS, Comité d'appui aux politiques) ; Office of Policy Support (Bureau d'appui aux politiques) - politiques organisationnelles uniquement ; Gross, Daniel ; Kays, Kieran ; Naimie, Tina ; Roberts, Todd	N° de version	11
Date d'approbation actuelle :	11/08/2021	Ancien n° de document :	RMD.0031
Date d'entrée en vigueur de la politique :	11/08/2021 Approuvé par le Comité des finances de MHMH/DHC, le 23/06/2016 ; le Conseil d'administration de MHMH/DHC, le 24/06/16		
Politiques et procédures associées :	Politique de tarif préférentiel des patients sans assurance - Division de la gestion des revenus Politique régissant le crédit et les recouvrements Politique des échéanciers de paiement- Division de la gestion des revenus		
Aides de travail associées :			