

Titre de la politique	Politique de l'aide financière en matière de services de santé	N° 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 Health (DH). La présente politique établit ce qui suit concernant tous les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires prodigués par l'ensemble des établissements de DH :

- les critères d'admissibilité 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 DH 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 loi VT Act 119, 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 DH travaillant dans tout établissement de DH chargé de fournir des soins d'urgence ou tout autre soin médicalement nécessaire et facturés par le prestataire de DH.

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 de DH par tout prestataire de services employé par DH.

III. Déclaration de non-discrimination

Dartmouth Health ne fait aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, l'état matrimonial, la religion, l'ascendance, l'origine nationale, la citoyenneté, le statut d'immigration, la langue principale, le handicap, l'état de santé ou les informations génétiques lors de la fourniture d'une aide financière aux patients ou de la mise en œuvre de cette politique d'aide financière.

IV. Définitions

Montant généralement facturé désigne le montant qu'un hôpital facture généralement aux particuliers pour les services d'urgence ou autres services de santé médicalement nécessaires, déterminé selon la « méthode rétrospective » énoncée à l'article 26 C.F.R. § 1.501(r)-5(b)(3).

Agence d'évaluation du crédit désigne une personne qui, moyennant des frais, des cotisations ou dans le cadre d'une coopération, participe régulièrement, en tout ou en partie, à la collecte ou à l'évaluation d'informations concernant le crédit d'un consommateur ou d'autres informations destinées à fournir un dossier de solvabilité à une autre personne.

Conditions médicales d'urgence : Telles que définies 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.

Le seuil de pauvreté fédéral (FPL, Federal Poverty Level) est un indicateur de revenu publié chaque année par le ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (U.S. Department of Health and Human Services). Les seuils de pauvreté fédéraux servent à déterminer l'admissibilité à certains programmes et certaines prestations, notamment aux économies réalisées sur les assurances maladie du Marketplace, à Medicaid, au programme d'assurance maladie pour enfants (Children's Health Insurance Program, CHIP) et aux programmes d'aide financière destinés aux patients des hôpitaux.

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 fournis par Dartmouth Health. Ces actes et prestations ne sont pas couverts par la politique d'aide financière de DH.

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 de DH 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).

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

Prestataire de soins de santé désigne toute personne, société de personnes, personne morale, établissement ou institution titulaire d'une licence, d'un certificat ou autrement autorisé par la loi à fournir des services de soins de santé professionnels dans le présent État à une personne pendant la durée de ses soins médicaux, de son traitement ou de son hospitalisation.

Services de santé désigne les services destinés au diagnostic, à la prévention, au traitement, à la guérison ou au soulagement d'un problème de santé physique, dentaire, comportementale ou mentale, ou d'un trouble lié à l'usage de substances, y compris les interventions, les produits, les dispositifs et les médicaments.

Hôpital désigne un hôpital titulaire d'une licence délivrée conformément au chapitre 43 du titre 18 des Vermont Statutes Annotated (VSA), ou une clinique ou un établissement de soins ambulatoires affilié à un tel hôpital ou exploité sous la licence d'un tel hôpital.

Revenu du foyer désigne le revenu calculé conformément aux méthodes financières utilisées pour déterminer l'admissibilité aux crédits d'impôt anticipés au titre des primes en vertu des articles 26 C.F.R. § 1.36B-1 et 2, y compris la méthode utilisée pour calculer la taille du foyer, sous réserve des modifications suivantes :

- les partenaires domestiques ainsi que toute personne considérée comme une personne à charge de l'un ou l'autre des partenaires aux fins de l'impôt fédéral sur le revenu sont considérés comme membres du même foyer ;
- les personnes mariées qui remplissent des déclarations de revenus fédérales distinctes alors qu'elles pourraient remplir une déclaration commune, ainsi que toute personne considérée comme une personne à charge de l'un ou l'autre des époux aux fins de l'impôt fédéral sur le revenu, sont considérées comme membres du même foyer ;
- les personnes mariées qui vivent séparément pendant que leur procédure de divorce est en cours ne sont pas considérées comme membres du même foyer, qu'elles remplissent une déclaration de revenus fédérale commune ou des déclarations distinctes ; et
- le revenu du foyer des personnes qui ne sont pas tenues de remplir une déclaration de revenus fédérale, ainsi que des personnes immigrantes sans statut légal qui n'ont pas rempli de déclaration de revenus fédérale, est calculé comme si elles en avaient rempli une.

La **taille du foyer** est déterminée conformément à la définition du « revenu du foyer » ci-dessus.

Actif liquide désigne un actif qui est constitué de liquidités ou qui peut être facilement converti en liquidités, notamment les espèces, les comptes courants et les comptes d'épargne, les comptes du marché monétaire, les actions, les obligations et les certificats de dépôt. Aux fins de déterminer l'admissibilité à une aide financière, les actifs liquides n'incluent pas la résidence principale du foyer, les comptes 401(k) ou les comptes de retraite individuels, ni les régimes de retraite.

Créancier de frais médicaux désigne l'hôpital auquel un consommateur doit de l'argent pour des services de soins de santé.

Dette médicale désigne une dette découlant de la prestation de services de soins de santé.

Agent de recouvrement de créances médicales désigne toute personne physique ou morale qui recouvre ou tente régulièrement de recouvrer, directement ou indirectement, des créances médicales initialement dues ou exigibles par une autre personne physique ou morale, ou dont il est allégué qu'elles lui sont dues ou exigibles.

Services de soins de santé médicalement nécessaires désigne les services de soins de santé, notamment les examens diagnostiques, les services préventifs et les soins de suivi, qui sont adaptés au diagnostic ou à l'état de santé du patient en ce qui concerne leur nature, leur quantité, leur fréquence, leur niveau, leur cadre et leur durée. Les soins médicalement nécessaires doivent :

- être fondés sur des données médicales ou scientifiques généralement reconnues et être conformes aux normes de pratique généralement reconnues par les professionnels de santé exerçant dans les mêmes spécialités que ceux qui dispensent habituellement l'intervention ou le traitement, ou qui diagnostiquent ou prennent en charge le problème de santé concerné ;
- être fondés sur les besoins particuliers de chaque patient et sur les circonstances propres à chaque situation ; et
- répondre à au moins un des critères suivants :
 - aider à rétablir ou à maintenir la santé du patient ;
 - prévenir la détérioration de l'état du patient ou y remédier ; ou
 - prévenir l'apparition raisonnablement probable d'un problème de santé ou détecter un problème naissant.

Frais à la charge du patient désigne les dépenses engagées par le patient pour des soins médicaux qui ne sont pas remboursées par son assurance. Les frais à la charge du patient comprennent les franchises, la coassurance et les quotes-parts pour les services couverts, ainsi que l'intégralité des frais liés aux services non couverts.

Patient désigne la personne qui reçoit ou a reçu des services de soins de santé et inclut, lorsque le patient est mineur, son parent ou son tuteur légal, ou, lorsque le patient est un adulte sous tutelle, son tuteur légal.

Résident(e) du Vermont désigne toute personne physique, quelle que soit sa citoyenneté et y compris les personnes immigrantes sans statut légal, qui réside dans le Vermont, qui est employée par un employeur du Vermont pour fournir des services à cet employeur dans le présent État dans le cadre normal de son emploi, qui fréquente un établissement d'enseignement dans le Vermont, ou une combinaison de ces situations. Le terme inclut également toute personne qui se trouve dans le Vermont au moment où elle reçoit les services, mais qui ne dispose pas d'un logement permanent stable.

Résident(e) du New Hampshire : En vertu du droit du New Hampshire, est considérée comme résidente toute personne qui a son domicile dans l'État et qui a l'intention d'y établir son lieu principal de résidence physique pour une durée indéterminée, à l'exclusion de tout autre lieu.

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.

Dartmouth Health : Aux fins de la présente politique, les membres du système de Dartmouth Health (DH) sont Alice Peck Day Memorial Hospital, Cheshire Medical Center, Dartmouth Hitchcock Clinic, Mt. Ascutney Hospital and Health Center, New London Hospital, Mary Hitchcock Memorial Hospital, Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH), Valley Regional Hospital (VRH), and Southwestern Vermont Medical Center (SVMC). Tous les autres hôpitaux du New Hampshire et du Vermont sont considérés comme des établissements non membres.

V. Déclaration de principe

Dartmouth Health (DH) 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.

DH fait s'efforce d'assurer que la capacité financière des demandeurs de services 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.

DH 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 DH 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 personnes qui disposent des ressources financières nécessaires pour souscrire une assurance maladie sont encouragées, sans y être obligées, à le faire afin de garantir leur accès aux services de soins de santé, de préserver leur santé globale et de protéger leur patrimoine personnel.

DH n'engagera aucune mesure de recouvrement exceptionnelle à l'encontre d'un patient.

Pour obtenir des informations sur les mesures que DH 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. Méthode de demande d'aide financière 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. DH 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, DH 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 encouragé à soumettre une demande via un formulaire approuvé par la direction de DH et doit fournir les renseignements et documents justificatifs personnels, financiers et autres tels que requis par DH 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 DH n'est pas en mesure d'obtenir du patient ou de son garant une demande d'aide financière ou l'un des justificatifs requis, DH peut déterminer si le patient est admissible à une aide financière présumée.
 - 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 :
 - DH 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, DH réévaluera le besoin financier de l'individu conformément à la présente politique.

DH reconnaît les décisions prises par les programmes d'aide suivants sans solliciter de copies des demandes. DH ne se fondera pas sur la décision d'un autre organisme pour refuser l'admissibilité d'un patient à une aide financière auprès de DH. Toutes les quotes-parts applicables ou autres montants à la charge du patient doivent être demandés conformément aux conditions desdits programmes.

- Good Neighbor Health Clinics
- Amoskeag Health
- Lamprey Health

- 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. DH traitera une demande d'aide financière et informera le patient d'une décision par écrit dans les 30 jours suivant la réception de la demande remplie en bonne et due forme.

B. Éligibilité

Dartmouth Health offre deux types d'aide financière : l'aide financière générale et l'aide financière en cas de catastrophe.

- **Aide financière générale :** Un patient doit satisfaire à trois critères pour être éligible à l'aide financière générale : (1) le critère de résidence, (2) le critère de revenu général et (3) le critère relatif aux actifs liquides.
- **Aide financière en cas de catastrophe :** Un patient doit satisfaire à deux critères pour être éligible à l'aide financière en cas de catastrophe : (1) le critère de résidence et (2) le critère de revenu en cas de situation financière catastrophique.

C. Critère de résidence : Pour être admissible à une aide financière générale ou à une aide financière en cas de situation financière catastrophique, le patient doit, au moment où les services sont fournis, être résident du Vermont ou du New Hampshire, tel que défini dans la section « Définitions » de la présente politique et qu'indiqué ci-dessous :

Résident(e) du Vermont désigne toute personne physique, quelle que soit sa citoyenneté et y compris les personnes immigrantes sans statut légal, qui réside dans le Vermont, qui est employée par un employeur du Vermont pour fournir des services à cet employeur dans le présent État dans le cadre normal de son emploi, qui fréquente un établissement d'enseignement dans le Vermont, ou une combinaison de ces situations. Le terme inclut également toute personne qui se trouve dans le Vermont au moment où elle reçoit les services, mais qui ne dispose pas d'un logement permanent stable.

Résident(e) du New Hampshire : En vertu du droit du New Hampshire, est considérée comme résidente toute personne qui a son domicile dans l'État et qui a l'intention d'y établir son lieu principal de résidence physique pour une durée indéterminée, à l'exclusion de tout autre lieu.

Il n'y a aucune exigence de durée de résidence au Vermont. La durée depuis laquelle le patient réside dans le Vermont n'est pas pertinente. Dartmouth Health reconnaît expressément que les personnes dont la situation de logement est instable peuvent être considérées comme résidentes du Vermont, même si elles viennent tout juste de s'y installer.

D. Critère de revenu général : Pour être admissible à une aide financière générale, le revenu du foyer du patient doit être inférieur ou égal à 400 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL). Pour déterminer le FPL du demandeur, Dartmouth Health utilise la définition du « Revenu du foyer » figurant dans la section « Définitions » de la présente politique, qui fournit également des indications sur la détermination de la taille du foyer. Consultez également la section « Traitement des demandes » de cette politique pour obtenir de plus amples informations. Le FPL standard applicable doit être celui de l'année au cours de laquelle les services ont été ou sont fournis.

E. Critère relatif aux actifs : Pour être admissible à l'aide financière générale destinée aux patients, le

foyer du patient ne doit pas disposer d'actifs liquides dont la valeur totale est égale ou supérieure à 400 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL) correspondant à la taille du foyer. La définition des actifs considérés comme liquides figure dans la section « Définitions » de la présente politique.

- F. Critère de revenu en cas de situation financière catastrophique :** Pour être éligible à une aide financière en cas de catastrophe, le revenu du foyer d'un patient doit être inférieur ou égal à 600 % du FPL. Pour déterminer le FPL du demandeur, Dartmouth Health utilise la définition du « Revenu du foyer » figurant dans la section « Définitions » de la présente politique, qui fournit également des indications sur la détermination de la taille du foyer. Consultez également la section « Traitement des demandes » de cette politique ci-dessous pour obtenir plus d'informations. Le FPL standard applicable doit être celui de l'année au cours de laquelle les services ont été ou sont fournis.
- G. Admissibilité et obligations relatives à la souscription d'une assurance maladie :** Si le patient est une personne immigrante sans statut légal, son refus de demander à bénéficier d'une assurance maladie publique ne peut constituer un motif de refus de l'aide financière. Pour tous les patients, quel que soit leur statut d'immigration, le refus de souscrire une assurance maladie privée ne peut constituer un motif de refus de l'aide financière.
- H. Justificatifs de résidence :** Dartmouth Health ne demandera pas à un demandeur de fournir une preuve de résidence. Une demande d'aide financière signée sera considérée comme une attestation suffisante que le demandeur répond à la définition de résident du Vermont ou du New Hampshire.
- I. Revenus :** Le patient doit fournir un justificatif de ses revenus avec sa demande d'aide financière. Le patient peut fournir sa dernière déclaration de revenus fédérale ou de l'État, ou, au lieu de remplir une déclaration de revenus, des bulletins de salaire, des justificatifs de prestations d'aide publique ou tout autre document reconnu comme justificatif de revenus valide par le Vermont Department of Health Access, tel qu'un relevé bancaire, un état des profits et pertes, une attestation de l'employeur ou, dans des circonstances exceptionnelles où aucun autre justificatif n'est disponible, une déclaration sur l'honneur du patient.

Remarque : Les patients qui sont des personnes immigrantes sans statut légal doivent avoir la possibilité de fournir, à la place d'une déclaration de revenus fédérale ou de l'État, d'autres justificatifs de leurs revenus, tels qu'un état des profits et pertes.

Dartmouth Health n'exige aucun autre justificatif de revenus que les documents énumérés ci-dessus.

Dartmouth Health peut s'appuyer sur d'autres éléments pour déterminer l'admissibilité d'un patient, mais n'exigera pas de celui-ci qu'il fournisse des justificatifs qui ne sont pas mentionnés dans la présente politique.

Dartmouth Health peut présumer qu'un patient est admissible à une aide financière sur la base des informations dont dispose l'hôpital. Nous n'utiliserons pas les informations en notre possession pour rejeter une demande de manière présumée.

Nous pouvons, à notre seule discrétion, renoncer aux exigences en matière de documentation. Veuillez appeler le (844) 647-6436 pour demander une dispense ou indiquer cette demande sur le formulaire de demande d'aide financière.

Détermination des revenus du ménage

Quel que soit le type de justificatif de revenus fourni par le demandeur, Dartmouth Health calcule les revenus du foyer selon les méthodes financières utilisées pour déterminer l'admissibilité aux crédits d'impôt anticipés au titre des primes en vertu des articles 26 C.F.R. § 1.36B-1 et 2e.

Il s'agit du « Revenu brut ajusté modifié » (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) du demandeur, défini à l'article 26 C.F.R. § 1.36B-1(e)(1) et (2), et résumé par l'Internal Revenue Service :

« Le revenu brut ajusté modifié correspond au revenu brut ajusté indiqué dans votre déclaration de revenus fédérale, auquel s'ajoutent les revenus de source étrangère exclus, les prestations de sécurité sociale non imposables (y compris les prestations de retraite ferroviaire de niveau 1), ainsi que les intérêts exonérés d'impôt perçus ou courus au cours de l'année fiscale. Il n'inclut pas le Supplemental Security Income (SSI). » (Voir la question 8 de la [fiche d'information de l'Internal Revenue Service : Questions et réponses sur le crédit d'impôt sur les primes](#))

Détermination de la taille du foyer

Dartmouth Health détermine la taille du foyer conformément aux lignes directrices énoncées dans la définition du « Revenu du foyer » (voir la section « Définitions » ci-dessus).

J. Mise à disposition des documents relatifs à la politique auprès des patients

En personne : Des exemplaires papier gratuits de la présente politique et du formulaire de demande d'aide financière sont disponibles aux endroits suivants:

- la zone d'admission des patients,
- les services d'admissibilité et d'inscription sur tous les sites

Nous remettons gratuitement un exemplaire de la présente politique aux patients lors de leur première visite ou, dans le cas de services fournis à l'hôpital, lors de l'admission et de la sortie.

Par téléphone : Les patients peuvent appeler le (844) 647-6436 pour demander gratuitement un exemplaire papier de la présente politique et du formulaire de demande d'aide financière.

En ligne : La présente politique, le formulaire de demande d'aide financière et les documents connexes sont disponibles en ligne à l'adresse [Financial Assistance | Patients & Visitors | DHMC and Clinics](#). Les patients peuvent également accéder à ces documents en se connectant à leur portail patient et en sélectionnant BILLING (FACTURATION), puis FINANCIAL ASSISTANCE (AIDE FINANCIÈRE).

Par courrier : Des exemplaires gratuits de la présente politique et du formulaire de demande d'aide financière peuvent être envoyés gratuitement par courrier sur demande. Les personnes peuvent demander des exemplaires papier en écrivant à l'adresse suivante :

Dartmouth-Hitchcock
One Medical Center Drive
Lebanon, NH 03756

K. Relevés de facturation ou de recouvrement adressés aux patients

Tous les relevés de facturation, qu'ils soient envoyés par cet hôpital ou par une agence de recouvrement de créances médicales, doivent comporter une mention écrite clairement visible indiquant que certains patients peuvent être admissibles à une aide financière. Ce relevé doit indiquer le numéro de téléphone que les patients peuvent appeler pour obtenir de plus amples informations sur notre politique et la procédure de demande d'aide financière. Il doit également indiquer l'adresse du site Web où sont publiés la présente politique, le formulaire de demande d'aide financière et le résumé en langage simple.

Toute tentative de communication, orale ou écrite, effectuée par un créancier de frais médicaux ou un agent de recouvrement de créances médicales, pour le compte de tout site de Dartmouth Health, visant à recouvrer une dette médicale découlant de services de soins de santé fournis dans cet établissement, doit comporter des informations sur notre politique d'aide financière.

Dartmouth Health ne vend aucune dette médicale.

L. 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. Voir la Politique de remise aux patients non assurés de DH : 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 :

Patients assurés : Les patients assurés bénéficieront d'une remise sur les dépenses restant à leur charge.

Pour les patients assurés dont le revenu du foyer est inférieur ou égal à 250 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL), nous renoncerons (c.-à-d., avec une remise de 100 %) à tous les frais restant à leur charge pour les actes et prestations d'urgence et médicalement nécessaires rendus (c.-à-d., les soins sont gratuits). Pour les patients assurés dont le revenu du foyer atteint :

- 251 % à 300 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL), la remise sera de 75 %
- 301 % à 350 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL), la remise sera de 50 %
- 351 % à 400 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL), la remise sera de 40 %

Patients non assurés : Les patients non assurés pouvant bénéficier de l'aide financière bénéficieront d'une remise sur le montant généralement facturé pour les actes et prestations d'urgence et médicalement nécessaires rendus.

Pour les patients non assurés dont le revenu du foyer est inférieur ou égal à 250 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL), nous renoncerons (c.-à-d., avec une remise de 100 %) au montant généralement facturé pour les actes et prestations d'urgence et médicalement nécessaires rendus (c.-à-d., les soins sont gratuits). Pour les patients non assurés dont le revenu du foyer atteint :

- 251 % à 300 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL), la remise sera de 75 %
- 301 % à 350 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL), la remise sera de 50 %
- 351 % à 400 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL), la remise sera de 40 %

Dans les situations catastrophiques, pour les patients non assurés ou assurés : Si le montant total dû pour les actes et prestations d'urgence et médicalement nécessaires rendus dépasse 20 % du revenu du foyer, le montant dû sera réduit de manière à être égal à 20 % du revenu du foyer du patient.

- 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.
- L'aide financière est effective pendant les périodes suivantes, en fonction de la date de signature de la demande :
 - Famille avec un revenu de travail – Six (6) mois
 - Famille avec un revenu fixe – Douze (12) mois
 - Famille sans emploi – Trois (3) mois
 - Résidents d'un autre État (patients ne résidant ni dans le New Hampshire ni dans le Vermont) – Un (1) mois

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-Health 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 2026 allant du 01/10/26 au 30/09/27, les taux de remise suivants s'appliquent :

	Exercice 2024	Exercice 2025	Exercice 2026	Exercice 27
Dartmouth-Hitchcock Clinic	64 %	65,7 %	69,4 %	70,5 %
Mary Hitchcock Memorial Hospital	64 %	65,7 %	69,4 %	70,5 %
Alice Peck Day Memorial Hospital	44,0 %	45,8 %	46,1 %	48,6 %
Cheshire Medical Center	68,5 %	70,8 %	72,4 %	73,4 %
New London Hospital	50,6 %	53,8 %	54,3 %	54,6 %

Dartmouth Health Home Care (VNH)	0 %	0 %	0 %	0 %
Mt Ascutney Hospital			44,8 %	51,0 %
Vally Regional Hospital				39,9 %

M. Communication concernant la politique d'aide financière de DH 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 DH, 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 DH, 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 DH, seront mises à la disposition du public et aux patients de DH par les moyens décrits ci-dessous :
 - sur les sites Web de DH
 - 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 DH
 - Travailleurs sociaux
 - disponibles dans les principales langues parlées par la population desservie par Dartmouth Health ; des services de traduction sont disponibles le cas échéant
- Si le solde est approuvé pour l'aide financière, une lettre d'approbation est envoyée au patient.

N. 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) 526-5082	Visiting Nurse and Hospice for Vermont and New Hampshire (VNH) 88 Prospect Street White River Junction, VT 05001 (888) 330-8853
Mt Ascutney Hospital and Health Center 289 County Road Windsor, VT 05089 802-674-7471	Valley Regional Hospital 243 Elm Street Claremont, NH 03743	

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>)

O. 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. Le patient dispose de 60 jours pour faire appel de cette décision.
- Un comité composé de trois dirigeants de DH n’ayant pas participé à la procédure initiale examinera l’appel et fera des recommandations concernant tous les refus d’appels.

P. Admissibilité à l’aide financière par présomption

DH 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 Health.

Les informations du modèle prédictif peuvent être utilisées par DH 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'éliminer les 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 le 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 payée pour le soin.

Q. 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 10 000 \$	Jusqu'à 10 000 \$
Superviseur - Conifer	Jusqu'à 1 000 \$	Jusqu'à 1 000 \$
Chargé de compte - Conifer	Jusqu'à 500 \$	Jusqu'à 500 \$

R. 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.
- Les interventions ci-dessous sont généralement examinées et identifiées par les responsables des informations financières.
- Les exceptions à cette politique, telles que jugées médicalement nécessaires, seront examinées au cas par cas.

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

c. Insémination artificielle

- Microréanastomose (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

- Acuponcture
- Services chiropratiques
- Appareils auditifs et réparations
- Lunettes
- Massage thérapeutique
- Lentille torique
- 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

a. Chirurgie bariatrique

f. Exclusions de l'aide financière – Prestataires non

DH Alice Peck Day Memorial Hospital

Amoskeag Anesthesia	Envision (urgences et hospitalisation)	
---------------------	--	--

Cheshire Medical Center

Radiology Associates of Keene (Associés de radiologie de Keene)	Surgicare Medical Equipment (Matériel médical Surgicare)	Monadnock Family Services (Services aux familles Monadnock)
Amoskeag/Medstream Anesthesia	OrthoCare	

Concord

Riverbend Community Mental Health (Santé mentale communautaire de Riverbend)	Services fournis par le Concord Hospital (Hôpital Concord)	
--	--	--

Manchester

Foundation Medical Partners (Fondation des partenaires médicaux)		
--	--	--

Nashua

Greater Nashua Mental Health Center (Centre de santé mentale de la région métropolitaine de Nashua) (travailleur social)	Nashua Anesthesiologist Group (Groupe d'anesthésistes de Nashua)	St. Joseph's Hospital (Hôpital St. Joseph) (Services de thérapie physique/rééducation)
--	--	--

New London

Dr Richard Rosato – Chirurgie buccale et maxillo-faciale (professionnel)	Dr Payal Verma - Chirurgie buccale et maxillo-faciale (professionnel)	
--	---	--

Mary Hitchcock Memorial Hospital

Matériel médical Orthocare		
----------------------------	--	--

Mt Ascutney Hospital

HCRS	OrthoCare	ForMotion Clinic
The Medical Store	Peraza Dermatology Group	

Valley Regional Hospital

--	--	--

VI. Références Non concerné

Propriétaire responsable :	Division des finances de l'entreprise	Personne(s) à contacter :	Kimberly Mender
Approuvé par :	Office of Policy Support (Bureau d'appui aux politiques) - politiques organisationnelles uniquement ; Cohen, Lisa; Fielding, Wendy; Mathiesen, Matthew; Muhlen, John ; Roberts, Todd ; Rockwell, Tamara ; Sanders, Tamera	Version N°	16
Date d'approbation actuelle :	18/08/2026	Ancien n° de document :	RMD.0031
Date d'entrée en vigueur de la politique :	18/08/2026		
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 :			