

Objet : Politique d'aide financière (soins de bienfaisance) de SJH	Politique numéro : PSJH RCM 002 NoCal	
Service : Gestion du cycle des revenus	<input checked="" type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Révision <input type="checkbox"/> Révisé	Date : 22/03/2019
Parrainage de la direction : Kimberly Sullivan, VP directrice, directrice du cycle des revenus	Responsable de la politique : Marie Sorci, directrice locale des services du cycle des revenus	
Approuvé par : Conseil d'administration de PSJH	Date de mise en œuvre : 01/05/2019	

St. Joseph Health (« SJH ») est un organisme de santé catholique caritatif guidé par l'engagement envers sa mission de service pour tous, en particulier les personnes pauvres et vulnérables, par ses valeurs fondamentales que sont la compassion, la dignité, la justice, l'excellence et l'intégrité, et par la conviction que les soins de santé sont un droit humain. La philosophie et la pratique de chaque hôpital SJH exigent que les services de soins de santé urgents et médicalement nécessaires soient facilement accessibles aux membres des communautés que nous desservons, quelle que soit leur solvabilité.

DOMAINE D'APPLICATION :

Cette politique s'applique à tous les hôpitaux SJH dans les comtés de Humboldt, Sonoma et Napa, ainsi qu'à tous les services de secours et d'urgence, et autres services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux SJH dans ces comtés (à l'exception des soins expérimentaux ou de recherche). Une liste des hôpitaux SJH couverts par cette politique est fournie en annexe A – Liste des établissements couverts.

Cette politique doit être interprétée conformément à l'article 501(r) du Code des impôts (Internal Revenue Code) de 1986, tel que modifié, et, en ce qui concerne les hôpitaux SJH en Californie, aux politiques de tarification équitable des hôpitaux décrites dans le Code de santé et de sécurité de Californie, le California Health and Safety Code, (articles 127400 à 127446). En cas de conflit entre les dispositions de ces lois et cette politique, les lois prévaudront.

OBJET :

Cette politique a pour objet d'assurer l'application d'une méthode équitable, non discriminatoire, efficace et uniforme pour la prestation d'aide financière (soins de bienfaisance) aux personnes pouvant bénéficier du programme, qui ne sont pas en mesure de payer une partie ou la totalité des services d'urgence et autres services hospitaliers médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux SJH.

Cette politique a pour but de se conformer à toutes les lois fédérales, d'État et locales. Cette politique et les programmes d'aide financière auxquels elle s'applique constituent la politique officielle d'aide financière (« FAP ») et la politique de soins médicaux d'urgence pour chaque hôpital appartenant, loué ou exploité par SJH.

POLITIQUE :

SJH fournira des services hospitaliers gratuits ou à prix réduit aux patients à faibles revenus, non assurés ou sous-assurés, qui se qualifient pour le programme, ainsi qu'aux patients dont les frais médicaux sont élevés et dont les revenus sont égaux ou inférieurs à 350 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL), si leur capacité à payer les services constitue un obstacle à l'accès aux soins médicaux d'urgence et autres soins hospitaliers médicalement nécessaires et si aucune autre source de couverture n'a été établie. Pour bénéficier du programme, les patients doivent satisfaire aux critères d'admissibilité décrits dans cette politique.

Les hôpitaux SJH dotés de services d'urgence spécialisés fourniront, sans discrimination, des soins médicaux

d'urgence (au sens de la loi sur les soins médicaux d'urgence et le travail [Emergency Medical Treatment and Labor Act]) en fonction des capacités disponibles, qu'une personne puisse ou non bénéficier d'une aide financière. Dans son processus de décision d'octroi d'une aide financière, SJH ne pratiquera aucune discrimination sur la base de l'âge, de la race, de la couleur, de la croyance, de l'origine ethnique, de la religion, de l'origine nationale, de l'état matrimonial, du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'identité ou de l'expression sexuelle, du handicap, du statut militaire ou d'ancien combattant, ou de tout autre motif interdit par les lois fédérales, d'État ou locales.

Les hôpitaux SJH fourniront des examens de dépistage médical d'urgence et un traitement stabilisateur, ou référeront et transféreront une personne si un tel transfert est approprié conformément à l'article 42 C.F.R. 482.55. SJH interdit toute action, pratique d'admission ou politique qui découragerait les personnes de demander des soins médicaux d'urgence, comme l'autorisation d'activités de recouvrement de créances qui nuisent à la prestation de soins médicaux d'urgence.

Liste des professionnels assujettis à la FAP de SJH : Chaque hôpital SJH dressera une liste précise des médecins, des groupes médicaux ou d'autres professionnels offrant des services que cette politique couvre ou ne couvre pas. La loi californienne exige que les médecins des salles d'urgence qui fournissent des services médicaux d'urgence aux patients des hôpitaux SJH de Californie accordent des rabais aux patients non assurés ou aux patients dont les frais médicaux sont élevés (tels que définis par les politiques de tarification équitable des hôpitaux décrites dans le Code de santé et de sécurité de Californie, le California Health and Safety Code, (articles 127400 à 127446) et dont les revenus sont égaux ou inférieurs à 350 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL). Chaque hôpital SJH fournira cette liste à tout patient qui en fera la demande. La liste des prestataires peut également être consultée en ligne sur le site Web de St. Joseph Health : www.stjhs.org.

Conditions d'admissibilité à l'aide financière : L'aide financière est offerte aux patients et aux garants non assurés et assurés, lorsque cette aide est conforme à la présente politique et aux lois fédérales et d'État régissant les prestations permises aux patients. Avant de déployer tout effort de collecte auprès du patient, les hôpitaux SJH entreprendront des efforts raisonnables pour déterminer l'existence ou non d'une couverture de tiers qui pourrait être disponible, en tout ou partie, pour les soins fournis par les hôpitaux SJH.

Les patients qui font une demande d'aide financière doivent remplir la demande d'aide financière standard de SJH et l'admissibilité au programme sera fondée sur les besoins financiers au moment de la demande. Des efforts raisonnables seront déployés pour aviser et informer les patients de la disponibilité de l'aide financière en leur fournissant des informations au moment de l'admission et de la sortie, sur le relevé de facturation du patient, dans les zones de facturation accessibles aux patients, sur le site Web de l'hôpital SJH, par notification orale pendant les discussions relatives au paiement ainsi que sur des pancartes dans les zones de consultation interne ou externe à grande affluence, comme le service des admissions et le service des urgences. SJH conservera les renseignements utilisés pour déterminer l'admissibilité au programme, conformément à ses politiques de conservation des dossiers.

Demande d'aide financière : Les patients ou les garants peuvent demander et soumettre une demande d'aide financière, qui est gratuite et disponible auprès du ministère de SJH ou par les moyens suivants : en informant le personnel des services financiers au moment de la sortie, ou avant, qu'une aide est demandée et soumise avec la documentation dûment remplie, par la poste ou en visitant le site www.stjhs.org, en téléchargeant et en soumettant la demande dûment remplie avec documentation. Une personne qui présente une demande d'aide financière fera l'objet d'une sélection préliminaire, qui consistera à déterminer si le patient a épuisé ses recours ou s'il ne peut pas bénéficier de sources de paiement tierces.

Chaque hôpital SJH doit mettre à la disposition des patients du personnel chargé de les aider à remplir la demande d'aide financière et de déterminer leur admissibilité à l'aide financière de SJH ou à l'aide financière de programmes d'assurance financés par le gouvernement, le cas échéant. Des services d'interprétation sont disponibles pour répondre à toute question ou préoccupation et pour aider à remplir la demande d'aide financière.

Un patient ou un garant susceptible de présenter une demande d'aide financière peut fournir suffisamment de documents à SJH pour venir appuyer la décision d'admissibilité, et ce, à n'importe quel moment après avoir appris que son revenu est inférieur au FPL minimum prévu par les règlements fédéraux et d'État pertinents.

Situation financière personnelle : Le revenu, les actifs monétaires et les dépenses du patient seront pris en compte pour évaluer sa situation financière personnelle. Les actifs monétaires ne comprennent pas les régimes de retraite ou de rémunération différée admissibles en vertu du Code des impôts (Internal Revenue Code) ni les régimes de rémunération différée non admissibles. Ni la première tranche de 10 000 USD de l'actif monétaire d'un patient ni la première tranche de 50 % de l'actif monétaire d'un patient au-delà de la première tranche de 10 000 USD ne seront pris en compte pour déterminer l'admissibilité.

Qualifications relatives au revenu : Il est possible d'utiliser des critères de revenu fondés sur le seuil de pauvreté fédéral (FPL) pour déterminer l'admissibilité aux soins gratuits ou à prix réduit. Prière de se reporter à l'annexe B pour de plus amples détails.

Décisions et approbations : Les patients recevront un avis de détermination d'admissibilité à la FAP dans les 30 jours suivant la présentation de la demande d'aide financière dûment remplie, accompagnée des documents nécessaires. Une fois la demande reçue, les efforts extraordinaires de recouvrement seront suspendus jusqu'à ce qu'une décision écrite d'admissibilité soit envoyée au patient. SJH ne prendra pas de décision concernant l'admissibilité à l'aide en se fondant sur des renseignements que l'hôpital pense être incorrects ou peu fiables.

Règlement des différends : Le patient peut faire appel d'une décision d'inadmissibilité à l'aide financière en fournissant des documents supplémentaires pertinents à SJH dans les 30 jours suivant la réception de l'avis de refus. Tous les appels seront examinés et, si l'examen confirme le refus, un avis écrit sera envoyé au garant et au département d'État de la Santé, s'il est exigé, et conformément à la loi. Le processus définitif d'appel prendra fin dans les 10 jours suivant la réception du refus par SJH. Un appel peut être envoyé à Santa Rosa Memorial, 1165 Montgomery Drive, Santa Rosa, CA 95405.

Charité présumée : SJH peut approuver la demande d'un patient pour un rajustement de charité du solde de son compte par d'autres moyens qu'une demande d'aide financière complète. Ces décisions seront prises sur une base de présomption, à l'aide d'un outil d'évaluation financière reconnu par l'industrie qui évalue la capacité de payer en fonction des dossiers financiers ou autres accessibles au public, y compris, sans toutefois s'y limiter, le revenu du ménage, la taille du ménage ainsi que les antécédents de crédit et de paiement.

Autres circonstances particulières : Les patients qui peuvent bénéficier des programmes admissibles au FPL, comme Medicaid, Medi-Cal et d'autres programmes d'aide aux personnes à faibles revenus parrainés par le gouvernement, sont considérés comme étant démunis. Par conséquent, ces patients peuvent bénéficier de l'aide financière lorsque les programmes refusent le paiement et jugent que les frais peuvent être facturés au patient. Les soldes de comptes de patients qui résultent de frais non remboursés peuvent bénéficier d'une annulation de charité totale. Les frais liés aux services suivants sont spécifiquement inclus comme étant admissibles :

- Séjours refusés aux patients hospitalisés
- Jours de soins refusés aux patients hospitalisés
- Services non couverts
- Refus de demande d'autorisation de traitement (TAR)
- Refus en raison d'une couverture limitée

Frais médicaux catastrophiques : SJH, à sa seule discrétion, peut accorder la charité dans le cas d'une dépense médicale catastrophique. Ces patients seront traités sur une base individuelle.

Limitation des frais pour tous les patients admissibles à l'aide financière : Aucun patient admissible à l'une ou l'autre des catégories d'aide susmentionnées ne sera personnellement responsable d'un montant supérieur au pourcentage des « montants généralement facturés » (AGB) des frais bruts, tels qu'ils sont définis

ci-dessous.

Plan de paiement raisonnable : Lorsqu'une aide financière partielle est approuvée pour un patient qui a encore un solde à payer, SJH négociera un plan de paiement. Le plan de paiement raisonnable consiste en des paiements mensuels qui ne représentent pas plus de 10 % du revenu mensuel d'un patient ou de sa famille, à l'exclusion des déductions pour les frais de subsistance essentiels que le patient a indiqués dans sa demande d'aide financière. Les plans de paiement seront exempts d'intérêts. Les délais des plans de paiement seront prolongés pour les patients dont l'appel de couverture est en instance.

Facturation et recouvrement : Tout solde impayé dû par les patients ou les garants après application des réductions disponibles, le cas échéant, peut être référé aux services de recouvrement. Les efforts de recouvrement des soldes impayés cesseront jusqu'à ce qu'une décision finale d'admissibilité à la FAP soit prise. SJH n'effectue pas, n'autorise pas que soit effectué et ne permet pas aux agences de recouvrement d'effectuer des recouvrements extraordinaires avant : (a) qu'un effort raisonnable soit entrepris pour déterminer si le patient peut bénéficier d'une aide financière ou (b) 120 jours après l'envoi du premier relevé du patient. Pour de plus amples renseignements sur les pratiques de facturation et de recouvrement de SJH pour les montants dus par les patients, prière de consulter la politique de l'hôpital SJH, disponible gratuitement au bureau d'inscription de chaque hôpital SJH ou à www.stjhs.org.

Remboursements aux patients : Dans le cas où un patient ou un garant aurait effectué un paiement pour des services et s'il est ultérieurement déterminé qu'il peut bénéficier de soins gratuits ou à prix réduit, tout paiement effectué dans le cadre de ces services pendant la période d'admissibilité à la FAP et qui dépasse l'obligation de paiement sera remboursé conformément à la réglementation d'État.

Revue annuelle : Cette politique d'aide financière (soins de bienfaisance) de SJH sera examinée chaque année par les dirigeants désignés du cycle des revenus.

EXCLUSIONS :

Voir le domaine d'application ci-dessus.

DÉFINITIONS :

Les définitions et exigences suivantes s'appliquent aux fins de cette politique :

1. **Seuil de pauvreté fédéral (FPL) :** FPL désigne les lignes directrices sur la pauvreté mises à jour périodiquement dans le Federal Register par le Département de la santé et des services sociaux des États-Unis.
2. **Montants généralement facturés (AGB) :** Les montants généralement facturés pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires aux patients qui ont une assurance maladie sont appelés AGB dans cette politique. SJH utilise la méthode prospective Medicare pour déterminer les AGB. Les AGB sont égaux au montant qui serait remboursé par Medicare pour la rémunération à l'acte, plus le montant que le patient serait tenu de payer sous forme de quote-part, de coassurance et de franchise s'il était bénéficiaire du programme Medicare au moment du service.
3. **Mesures de recouvrement extraordinaires (ECA) :** Les ECA sont définies comme étant les mesures qui nécessitent un processus juridique ou judiciaire, qui impliquent la vente d'une dette à une autre partie ou la communication de renseignements défavorables aux agences d'évaluation du crédit ou aux bureaux de crédit. Les actions qui nécessitent un processus juridique ou judiciaire à cette fin comprennent le privilège, la saisie immobilière, la saisie ou la saisie-arrêt d'un compte bancaire ou d'autres biens personnels, l'introduction d'une action civile contre une personne, les actions qui causent l'arrestation d'une personne, les actions qui assujettissent une personne à une saisie-arrêt et à la saisie de salaire.

4. Coûts médicaux élevés : Les coûts médicaux élevés sont ceux qui sont définis par les politiques de tarification équitable des hôpitaux décrites dans le Code de santé et de sécurité de Californie (California Health and Safety Code) (articles 127400 à 127446), soit : (1) les frais directs annuels encourus par le patient à l'hôpital SJH, qui dépassent 10 % du revenu familial du patient pour les 12 mois précédents, (2) les frais directs annuels qui dépassent 10 % du revenu familial du patient, si le patient fournit la documentation des frais médicaux payés par le patient ou sa famille au cours des 12 mois précédents ou (3) un niveau inférieur déterminé par l'hôpital SJH conformément à sa politique en matière de soins de bienfaisance.

RÉFÉRENCES :

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7) (articles 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7) du Code des impôts)</i>
<i>California Health and Safety Codes section 127000 -127446 (articles 127000 à 127446 du Code de santé et de sécurité de Californie)</i>
<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd (loi sur les soins médicaux d'urgence et le travail)</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 et 413.89</i>
<i>American Hospital Associations Charity Guidelines (Directives de bienfaisance des associations hospitalières américaines)</i>
<i>California Hospital Association Charity Guidelines (Directives de bienfaisance des associations hospitalières de Californie)</i>
<i>California Alliance on Catholic Healthcare Charitable Services Guidelines (Directives de l'alliance californienne pour les services de soins de bienfaisance catholiques)</i>
<i>Providence St. Joseph Health Commitment to the Uninsured Guidelines (Directives pour l'engagement de Providence St. Joseph Health envers les personnes non assurées)</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312 (Manuel de remboursement du prestataire de service, partie I, chapitre 3, section 312)</i>

Annexe A – Liste des établissements couverts

Hôpitaux St. Joseph Health en Californie du Nord	
St. Joseph Hospital, Eureka	Redwood Memorial Hospital
Santa Rosa Memorial Hospital	Petaluma Valley Hospital
Queen of the Valley Medical Center	

Annexe B – Admissibilité en raison du revenu pour les hôpitaux St. Joseph Health en Californie du Nord

Si le revenu familial est...	Et le patient est...	Alors...																						
200 % ou moins du FPL,	Assuré ou non assuré	La totalité (100 %) de la partie de la facture pour les services qui incombe au patient sera annulée.																						
201 % à 350 % du FPL,	Non assuré,	<p>L'obligation de paiement du patient sera un pourcentage des AGB pour les services, calculé en fonction de l'échelle dégressive suivante :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e0f2f1;">Si le % de revenu du FPL est...</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Alors, le % des AGB est de...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>201 à 215 %</td><td>10 %</td></tr> <tr><td>216 à 230 %</td><td>20 %</td></tr> <tr><td>231 à 245 %</td><td>30 %</td></tr> <tr><td>246 à 260 %</td><td>40 %</td></tr> <tr><td>261 à 275 %</td><td>50 %</td></tr> <tr><td>276 à 290 %</td><td>60 %</td></tr> <tr><td>291 à 305 %</td><td>70 %</td></tr> <tr><td>306 à 320 %</td><td>80 %</td></tr> <tr><td>321 à 335 %</td><td>90 %</td></tr> <tr><td>336 à 350 %</td><td>100 %</td></tr> </tbody> </table>	Si le % de revenu du FPL est...	Alors, le % des AGB est de...	201 à 215 %	10 %	216 à 230 %	20 %	231 à 245 %	30 %	246 à 260 %	40 %	261 à 275 %	50 %	276 à 290 %	60 %	291 à 305 %	70 %	306 à 320 %	80 %	321 à 335 %	90 %	336 à 350 %	100 %
	Si le % de revenu du FPL est...	Alors, le % des AGB est de...																						
201 à 215 %	10 %																							
216 à 230 %	20 %																							
231 à 245 %	30 %																							
246 à 260 %	40 %																							
261 à 275 %	50 %																							
276 à 290 %	60 %																							
291 à 305 %	70 %																							
306 à 320 %	80 %																							
321 à 335 %	90 %																							
336 à 350 %	100 %																							
Assuré,	<p>L'obligation du patient sera réduite par les paiements de l'assurance :</p> <table border="1" style="margin-left: auto; margin-right: auto;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #e0f2f1;">Si...</th> <th style="background-color: #e0f2f1;">Alors...</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>Les paiements de l'assurance sont supérieurs ou égaux aux AGB,</td> <td>La totalité (100 %) de la partie de la facture qui incombe au patient sera annulée.</td> </tr> <tr> <td>Les paiements de l'assurance sont inférieurs aux AGB,</td> <td>Le patient paiera la différence entre le paiement effectué par l'assurance et les AGB.</td> </tr> </tbody> </table>	Si...	Alors...	Les paiements de l'assurance sont supérieurs ou égaux aux AGB,	La totalité (100 %) de la partie de la facture qui incombe au patient sera annulée.	Les paiements de l'assurance sont inférieurs aux AGB,	Le patient paiera la différence entre le paiement effectué par l'assurance et les AGB.																	
Si...	Alors...																							
Les paiements de l'assurance sont supérieurs ou égaux aux AGB,	La totalité (100 %) de la partie de la facture qui incombe au patient sera annulée.																							
Les paiements de l'assurance sont inférieurs aux AGB,	Le patient paiera la différence entre le paiement effectué par l'assurance et les AGB.																							
351 % à 500 % du FPL,	Non assuré,	Le patient paie le montant des AGB.																						
	Assuré,	Le patient paie la différence entre le paiement effectué par l'assurance et les AGB.																						
Plus de 500 % du FPL,	La responsabilité financière encourue conformément à la définition de « coûts médicaux élevés »	Le paiement du patient n'est pas supérieur aux AGB.																						