



Objet : Politique d'assistance financière de Providence (soins caritatifs) - Alaska	Numéro de la politique : PSJH RCM 002 AK	
Département : Gestion du cycle de revenus	<input checked="" type="checkbox"/> Modifié <input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Revisé	Date : 2023-01-01
Sponsor exécutif : Directeur général adjoint Directeur du cycle des revenus	Propriétaire de la politique : Directeur exécutif Conseil financier	
Approuvé par : Directeur général adjoint Directeur du cycle des revenus	Date d'implémentation : 2023-04-01	

Providence est une organisation de soins de santé catholique à but non lucratif guidée par un engagement envers sa mission de servir tous, en particulier les personnes pauvres et vulnérables, par ses valeurs fondamentales de compassion, de dignité, de justice, d'excellence et d'intégrité, et par la conviction que les soins de santé sont un droit humain. C'est la philosophie et la pratique de chaque hôpital Providence que les services de soins de santé urgents et médicalement nécessaires soient facilement disponibles pour les membres des communautés que nous desservons, quelle que soit leur capacité de payer.

PORTÉE :

Cette politique s'applique à tous les hôpitaux Providence Alaska dans l'état de l'Alaska, et à tous les services d'urgence et autres services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux Providence en Alaska (à l'exception des soins expérimentaux ou de recherche). Une liste et une explication plus détaillée des hôpitaux Providence couverts par cette politique se trouvent dans l'Annexe A Liste des établissements couverts. Lorsque nous utilisons le mot « hôpital » dans cette politique, il fait référence à l'ensemble des installations décrites dans l'annexe A.

Cette politique doit être interprétée conformément à l'article 501(r) du Code fiscal de 1986, tel que modifié. En cas de conflit entre les dispositions de ces lois et cette politique, ces lois prévaudront.

BUT :

Le but de cette politique est d'assurer une méthode équitable, non discriminatoire, efficace et uniforme pour la fourniture d'une aide financière (soins caritatifs) aux personnes éligibles qui ne sont pas en mesure de payer en totalité ou en partie les services d'urgence et autres services hospitaliers médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux Providence.

Le but de cette politique est de se conformer à toutes les lois fédérales, étatiques et locales. Cette politique et les programmes d'aide financière qui y figurent constituent la politique officielle d'aide financière (FAP) et la politique de soins médicaux d'urgence pour chaque hôpital détenu, loué ou exploité par Providence.

RESPONSABLES :



Départements du cycle de revenus. De plus, tout le personnel approprié qui exerce des fonctions liées à l'inscription, aux admissions, aux conseils financiers et à l'assistance à la clientèle recevra une formation régulière sur cette politique.

POLITIQUE :

Providence fournira des services hospitaliers gratuits ou à prix réduit aux patients qualifiés à faible revenu, non assurés et sous-assurés, et aux patients ayant des frais médicaux élevés qui sont égaux ou inférieurs à 350% du FPL lorsque la capacité de payer les services est un obstacle à l'accès aux urgences médicalement nécessaires et d'autres soins hospitaliers et aucune autre source de couverture n'a été identifiée. Les patients doivent satisfaire aux critères d'éligibilité décrits dans cette politique pour être éligibles.

Les hôpitaux Providence dotés de services d'urgence dédiés fourniront, sans discrimination, des soins pour les conditions médicales d'urgence (au sens de la loi sur le traitement médical d'urgence et le travail) conformément aux capacités disponibles, qu'une personne soit éligible ou non à une aide financière. Providence ne discriminerà pas 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 civil, du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'identité ou de l'expression de genre, du handicap, du statut d'ancien combattant ou militaire, ou de toute autre base interdite par les lois fédérales, étatique ou locale lors de la détermination de l'aide financière.

Les hôpitaux Providence dotés de services d'urgence dédiés fourniront des examens de dépistage médical d'urgence et un traitement de stabilisation ou orienteront et transféreront une personne si un tel transfert est approprié conformément au 42 C.F.R. 482,55. Providence 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 interfèrent avec la fourniture de soins médicaux d'urgence.

Liste des Professionnels Soumis au FAP Providence : Chaque hôpital Providence identifiera spécifiquement une liste des médecins, groupes médicaux ou autres professionnels fournissant des services qui sont et qui ne sont pas couverts par cette politique. Chaque hôpital Providence fournira cette liste aux patients qui en feront la demande. La liste des fournisseurs peut également être consultée en ligne sur le site Web de Providence : www.providence.org/obp.

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 étatiques régissant les avantages autorisés pour les patients. Les hôpitaux Providence feront un effort raisonnable pour déterminer l'existence ou l'inexistence d'une couverture par un tiers qui peut être disponible, en tout ou en partie, pour les soins fournis par les hôpitaux Providence, avant de diriger tout effort de recouvrement vers le patient. Les patients non assurés peuvent bénéficier d'un rabais de type non assuré. Les soldes d'aide financière éligibles comprennent, mais sans s'y limiter, les éléments suivants : paiement autonome, frais pour les patients couverts par une entité sans relation contractuelle, coassurance, franchise et quote-part liés aux patients assurés. Les montants de franchise et de coassurance réclamés en tant que créance irrécouvrable de Medicare seront exclus de la déclaration des soins caritatifs.



Les patients qui demandent de l'aide financière doivent remplir la demande d'aide financière Providence standard et l'admissibilité sera basée sur les besoins financiers à ce moment-là. Des efforts raisonnables seront déployés pour notifier et informer les patients de la disponibilité de l'aide financière en fournissant des informations lors 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 Providence, par notification orale lors des discussions de paiement, ainsi que comme sur la signalisation dans les zones d'hospitalisation et de consultation externe, y compris les zones où les patients sont admis ou enregistrés et dans le service des urgences. Providence conservera les informations utilisées pour déterminer l'éligibilité conformément à ses politiques de tenue de dossiers.

Demande d'aide financière : Les patients ou les garants peuvent demander et soumettre une demande d'assistance financière, qui est gratuite et disponible au ministère Providence ou par les moyens suivants : informer le personnel des services financiers des patients au moment de la sortie ou avant qu'une assistance soit demandée et soumise avec des documents à l'appui; par courrier ou en visitant www.providence.org/obp, en téléchargeant et en soumettant la demande dûment remplie avec la documentation. Une personne demandant de l'aide financière recevra un examen préliminaire, qui comprendra un examen visant à déterminer si le patient a épuisé ou n'est pas éligible à des sources de paiement tierces et s'il peut répondre aux critères des soins caritatifs.

Chaque hôpital Providence mettra à disposition du personnel désigné pour aider les patients à remplir la demande d'aide financière et à déterminer l'admissibilité à l'aide financière Providence ou à l'aide financière des 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 qui peut être éligible pour demander de l'aide financière peut fournir des documents suffisants à Providence pour soutenir la détermination de l'éligibilité à tout moment après avoir appris que son revenu est inférieur au seuil de pauvreté fédéral (FPL) minimum conformément aux réglementations fédérales et étatiques pertinentes. Providence suspendra toutes les activités de recouvrement en attendant une détermination initiale de l'admissibilité à l'aide financière, à condition que le patient ou son garant coopère avec les efforts raisonnables de Providence pour parvenir à une détermination initiale.

Situation financière individuelle : Les revenus, certains actifs et les dépenses du patient seront utilisés pour évaluer la situation financière individuelle du patient. Providence examinera et collectera les informations relatives aux actifs, comme l'exigent les Centers for Medicare and Medicaid Services (CMS) pour les rapports sur les coûts de Medicare. Les actifs pris en compte lors de la détermination de l'admissibilité à l'aide financière ne comprennent pas : (A) pour une personne seule, les premiers 100 000 \$ des actifs monétaires d'un patient et 50 % des actifs monétaires d'un patient au-delà des premiers 100 000 \$; (B) pour une famille de deux personnes ou plus, les premiers 100 000 \$ des actifs monétaires de la famille et 50 % des actifs monétaires de la famille au-delà des premiers 100 000 \$; (C) toute valeur nette d'une résidence principale; (D) les régimes de retraite ou de rémunération différée qualifiés en vertu de l'Internal Revenue



Code ou les régimes de rémunération différée non qualifiés; (E) un véhicule à moteur et un deuxième véhicule à moteur s'il est nécessaire à des fins professionnelles ou médicales; (F) tout contrat funéraire prépayé ou parcelle funéraire; et (G) toute police d'assurance-vie d'une valeur nominale de 10 000 \$ ou moins. La valeur de tout actif assorti d'une pénalité pour retrait anticipé sera la valeur de l'actif après le paiement de la pénalité. Les demandes d'informations de Providence à la partie responsable pour vérifier les actifs seront limitées à ce qui est raisonnablement nécessaire et facilement disponible pour déterminer l'existence, la disponibilité et la valeur des actifs d'une personne et ne seront pas utilisées pour décourager la demande de soins gratuits ou à prix réduit. Des formulaires de vérification en double ne seront pas demandés. Un seul relevé de compte courant sera nécessaire pour vérifier les avoirs monétaires. Si aucune documentation n'est disponible, Providence s'appuiera sur une déclaration écrite et signée de la partie responsable. Aucune information sur les actifs obtenue par l'hôpital lors de l'évaluation d'un patient pour des soins caritatifs ne sera utilisée pour les activités de collecte.

Qualifications de revenu : Des critères de revenu, basés sur le FPL, peuvent être utilisés pour déterminer l'admissibilité à des soins gratuits ou à prix réduit. Veuillez consulter l'Annexe B pour plus de détails.

Déterminations et approbations : Les patients recevront un avis de détermination de l'éligibilité au FAP dans les 30 jours suivant la soumission de la demande d'aide financière dûment remplie et des documents nécessaires. Toute décision d'inéligibilité comprendra une explication de la base du refus. Une fois qu'une demande est reçue, les efforts de recouvrement seront suspendus jusqu'à ce qu'une détermination écrite de l'admissibilité soit envoyée au patient. Providence ne déterminera pas l'éligibilité à l'assistance sur la base d'informations que l'hôpital estime raisonnablement incorrectes ou non fiables.

Résolution des litiges : Le patient peut faire appel d'une décision d'inadmissibilité à l'aide financière en fournissant des documents supplémentaires pertinents à Providence dans les 30 jours suivant la réception de l'avis de refus. Le patient peut avoir besoin de fournir des documents supplémentaires pertinents à l'appui de son appel. La Providence suspendra toutes les activités de recouvrement pendant la révision de l'appel. Tous les appels seront examinés et si l'examen confirme le refus, une notification écrite sera envoyée au garant et au Département de la santé de l'État, le cas échéant, et conformément à la loi. Le processus d'appel final se terminera dans les 10 jours suivant la réception du refus par Providence. Un appel peut être envoyé à Providence Regional Business Office, P.O. Box 3268, Portland, OR 97208-3395.

Charité présumée : Providence peut donner approbation à un patient pour un ajustement caritatif du solde de son compte par des moyens autres qu'une demande d'aide financière complète. Ces déterminations seront faites sur une base présomptive à l'aide d'un outil d'évaluation financière reconnu par l'industrie qui évalue la capacité de payer sur la base de documents financiers ou autres accessibles au public, y compris, mais sans s'y limiter, le revenu du ménage, la taille du ménage et l'historique de crédit et de paiement.

Autres circonstances particulières : Les patients éligibles aux programmes qualifiés FPL tels que Medicaid et d'autres programmes d'aide aux personnes à faible revenu parrainés par le gouvernement peuvent également être éligibles à une aide financière. Les soldes des comptes des patients résultant de frais non remboursables par Medicaid ou d'autres programmes d'aide aux personnes à faible revenu parrainés par le gouvernement peuvent



être éligibles à une radiation totale ou partielle de la charité, y compris, mais sans s'y limiter, les frais non remboursables pour les services médicalement nécessaires liés aux situations suivantes :

- Séjours hospitaliers refusés
- Jours d'hospitalisation refusés
- Services non couverts
- Refus de demande d'autorisation préalable
- Refus en raison d'une couverture restreinte

Frais médicaux catastrophiques : Providence, à sa discrétion, peut accorder une charité en cas de frais médicaux catastrophiques. Ces patients seront pris en charge sur une base individuelle.

Temps d'urgence : L'aide financière peut être disponible à la discrétion de Providence en cas d'urgence nationale ou d'État, indépendamment de l'aide pour les dépenses catastrophiques.

Limitation des frais pour tous les patients éligibles à l'aide financière : Aucun patient éligible à l'une des catégories d'assistance susmentionnées ne sera personnellement responsable d'un montant supérieur au pourcentage des montants généralement facturés (AGB) des frais bruts, tel que défini ci-dessous.

Plan de paiement raisonnable : Une fois qu'un patient est approuvé pour l'aide financière partielle, mais qu'il a encore un solde dû, Providence négociera un plan de paiement. Le plan de paiement raisonnable consistera en des paiements mensuels (sans intérêts ni frais de retard) ne dépassant pas 10 % du revenu mensuel du patient ou de sa famille, à l'exclusion des déductions pour les dépenses essentielles de la vie que le patient a indiquées sur sa demande d'aide financière.

Facturation et recouvrement : Tout solde impayé dû par les patients ou les garants après application des remises disponibles, le cas échéant, peut être renvoyé aux recouvrements. Les efforts de recouvrement des soldes impayés cesseront en attendant la détermination finale de l'admissibilité au FAP. Providence n'effectue ou autorise les agences de recouvrement à effectuer des actions de recouvrement extraordinaires. Pour plus d'informations sur les pratiques de facturation et de recouvrement de Providence pour les montants dus par les patients, veuillez consulter la politique de l'hôpital Providence, qui est disponible gratuitement au bureau d'inscription de chaque hôpital Providence ou à : www.providence.org/obp.

Remboursements aux patients : Dans le cas où un patient ou un garant a effectué un paiement pour des services et est ensuite déterminé comme éligible à des soins gratuits ou à prix réduit, tous les paiements effectués liés à ces services pendant la période éligible au FAP qui dépassent l'obligation de paiement seront remboursés, conformément aux règlements de l'État.

Révision annuelle : Cette politique d'aide financière de Providence (soins caritatifs) sera révisée chaque année par les dirigeants désignés du cycle des revenus.



EXCEPTIONS :

Voir Portée ci-dessus.

DÉFINITIONS :

Aux fins de la présente politique, les définitions et exigences suivantes s'appliquent :

1. Niveau de pauvreté fédéral (FPL) : FPL désigne les lignes directrices sur la pauvreté mises à jour périodiquement dans le Federal Register par le ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (United States Department of Health and Human Services).
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 désignés dans la présente politique par AGB. Providence détermine le pourcentage des AGB applicable pour chaque hôpital Providence en multipliant les frais bruts de l'hôpital pour tout soin d'urgence ou médicalement nécessaire par un pourcentage fixe qui est basé sur les réclamations autorisées par Medicare ou les payeurs commerciaux. Des fiches d'information détaillant les pourcentages des AGB utilisés par chaque hôpital Providence, et comment ils sont calculés, peuvent être obtenues en visitant le site Web suivant : www.providence.org/obp ou par téléphone au 1-866-747-2455 pour demander une copie.
3. Action de recouvrement extraordinaire (ECA) : Les ECA sont définies comme les actions nécessitant une procédure légale ou judiciaire, impliquant la vente d'une dette à une autre partie ou la communication d'informations défavorables aux agences ou bureaux de crédit. Les actions qui nécessitent une procédure légale ou judiciaire à cette fin comprennent un droit de rétention; saisie immobilière; saisie d'un compte bancaire ou d'autres biens personnels; introduction d'une action civile contre un particulier; actions qui entraînent l'arrestation d'un individu; les actions qui amènent un individu à être soumis à un ordre de saisie; et saisie sur salaire.

RÉFÉRENCES :

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd</i>
<i>42 C.F.R. 482.55 and 413.89</i>
<i>Lignes directrices de l'American Hospital Associations Charity</i>
<i>Lignes directrices du Providence Commitment to the Uninsured</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Partie I, Chapitre 3, Section 312</i>



Annexe A – Liste des établissements couverts

Hôpitaux Providence en Alaska	
Providence Alaska Medical Center	Providence Kodiak Island Medical Center

Pour plus de clarté, cette politique s'applique également à tous les services et cliniques d'hospitalisation et de consultation externe des établissements couverts. De plus, cette politique s'applique aux employés des établissements couverts, ainsi qu'à toute entité à but non lucratif détenue ou contrôlée majoritairement par Providence et portant le nom de Providence et leurs employés respectifs.

Annexe B - Qualifications de revenu pour les hôpitaux Providence en Alaska

Si...	Alors...
Le revenu familial annuel, ajusté en fonction de la taille de la famille, est égal ou inférieur à 300 % des directives FPL actuelles,	Le patient est considéré comme financièrement indigent et a droit à l'aide financière à 100 % sur les montants de responsabilité du patient.
Le revenu familial annuel, ajusté en fonction de la taille de la famille, se situe entre 301 % et 350 % des directives actuelles en matière du seuil de pauvreté fédéral,	Le patient a droit à une réduction de 75 % des frais initiaux sur les montants de responsabilité du patient.
Si le revenu familial annuel, ajusté en fonction de la taille de la famille, est égal ou inférieur à 350 % du FPL <u>ET</u> que le patient a engagé des dépenses médicales totales dans les hôpitaux Providence au cours des 12 mois précédents dépassant 20 % de son revenu familial annuel, ajusté en fonction de la taille de la famille, pour les services soumis à cette politique,	Le patient est éligible à 100 % des avantages caritatifs sur les montants de responsabilité du patient.