

<b>Objet : Providence Financial Politique d'assistance (charity care) - Washington</b>	<b>Numéro de police : PSJH RCM 002 WA</b>	
<b>Département :</b> Gestion du cycle des revenus	<input checked="" type="checkbox"/> Révisé <input type="checkbox"/> Nouveau <input type="checkbox"/> Revu	<b>Date : 06/01/2022</b>
<b>Commanditaire exécutif :</b> Kimberly Sullivan, vice-présidente principale, directrice du cycle des revenus	<b>Propriétaire de la police :</b> Directeur exécutif Conseil financier	
<b>Approuvé par :</b> SVP Chief Revenue Cycle Officer	<b>Date de mise en œuvre : 07/01/2022</b>	

Providence est un organisme de soins de santé catholique à but non lucratif guidé par un engagement envers sa mission de servir tous, en particulier ceux qui sont 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. La philosophie et la pratique de chaque hôpital Providence sont que les services de santé émergents et médicalement nécessaires sont facilement accessibles aux personnes des communautés que nous desservons, quelle que soit leur capacité de payer.

#### **PORTÉE :**

Cette politique s'applique aux hôpitaux Providence-Washington (« Providence ») dans l'État de Washington, et à tous les services d'urgence, urgents et autres services médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux Providence à Washington (à l'exception des soins expérimentaux, d'investigation ou facultatifs). Une liste des hôpitaux providence couverts par cette politique se trouve dans la pièce A Liste des installations couvertes.

Cette politique doit être interprétée d'une manière compatible avec l'article 501 (r) de l'Internal Revenue Code de 1986, tel que modifié. En cas de conflit entre les dispositions de ces lois et la présente politique, ces lois prévaudront.

#### **BUT :**

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

L'intention de cette politique est de se conformer à toutes les lois fédérales, étatiques et locales. Cette politique et les programmes d'aide financière qu'elle contient 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.

#### **POLITIQUE :**

Providence fournira des services hospitaliers gratuits ou à prix réduit aux patients admissibles à faible revenu, non assurés et sous-assurés lorsque la capacité de payer pour des services constitue un obstacle à l'accès aux soins d'urgence et autres soins hospitaliers médicalement nécessaires et qu'aucune autre source de couverture n'a été identifiée. Les patients doivent satisfaire aux critères d'admissibilité décrits dans la présente politique pour être admissibles.

Les hôpitaux Providence dotés de services d'urgence dédiés fourniront, sans discrimination, des soins pour des 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 ou non admissible à une aide financière. Providence ne fera pas de 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 de genre, du handicap, du statut d'ancien combattant ou militaire, ou de toute autre base interdite par la loi fédérale, étatique ou locale lors de la détermination de l'aide financière.



Les hôpitaux providence fourniront des examens de dépistage médical d'urgence et des traitements stabilisateurs, ou référeront et transféreront une personne si un tel transfert est approprié conformément à l'article 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 permettre des activités de recouvrement de créances qui interfèrent avec la prestation de soins médicaux d'urgence.

**Liste des professionnels assujettis au PAF 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 à tout patient qui en demandera une copie. La liste des fournisseurs peut également être consultée en ligne sur le site Web de Providence : [www.providence.org](http://www.providence.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 étatiques régissant les prestations admissibles aux 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 collecte vers le patient. Lorsqu'un patient ou son garant est jugé admissible à une couverture de soins de santé rétroactive par le biais des programmes d'assistance médicale en vertu du chapitre 74.09 RCW, les hôpitaux providence fourniront une assistance au patient ou au garant pour demander une telle couverture. L'aide financière peut être refusée si le patient ou son garant ne fait pas d'efforts raisonnables pour coopérer avec les hôpitaux Providence et les aider à demander une telle couverture. Les hôpitaux Providence n'imposeront pas de fardeau déraisonnable au patient ou au garant pendant le processus de demande d'aide financière et de couverture rétroactive, en tenant compte de toute déficience physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle, ou des barrières linguistiques qui pourraient entraver la capacité de la partie responsable à se conformer aux procédures de demande. Les patients qui sont manifestement ou catégoriquement inéligibles ou qui ont été jugés inéligibles au cours des 12 mois précédents pour un programme étatique ou fédéral ne seront pas tenus de demander de tels programmes pour recevoir une aide financière.

Les soldes d'aide financière admissibles comprennent, sans toutefois s'y limiter, les éléments suivants : Auto-paiement, frais pour les patients assurés couverts par un régime auquel Providence ne participe pas, coassurance, franchise et montants de quote-part liés aux patients assurés. Les montants de franchise et de coassurance réclamés à titre de créances irrécouvrables de l'assurance-maladie seront exclus de la déclaration des soins de bienfaisance.

Les patients qui demandent de l'aide financière doivent remplir la demande d'aide financière providence standard et l'admissibilité sera fondée sur les besoins financiers à la date du service ou à la date de la demande, selon ce qui indique le montant de revenu le plus faible et le plus grand besoin financier. Les patients peuvent présenter une nouvelle demande d'aide si leur situation financière change, même si une demande antérieure a été refusée ou approuvée en partie. Des efforts raisonnables seront déployés pour aviser et informer les patients de la disponibilité de l'aide financière en leur fournissant des renseignements pendant l'admission et le congé, sur les communications écrites concernant la facturation ou les recouvrements, dans les zones de facturation ou de services financiers accessibles aux patients, sur le site Web de l'hôpital, par notification orale pendant les discussions sur le paiement, ainsi que sur la signalisation dans les zones à volume élevé d'hospitalisations et de patients externes. Comme l'admission et le service des urgences. Les traductions seront disponibles dans n'importe quelle langue parlée par plus de dix pour cent de la population dans la zone de service de l'hôpital.

**Demande d'aide financière :** Les patients ou les garants peuvent demander et soumettre une demande d'aide financière, qui est gratuite et disponible au ministère de providence ou par les moyens suivants : informer le personnel des services financiers des patients au moment de leur congé ou avant cette date, que l'aide est demandée et soumise avec des documents remplis; par la poste ou en visitant [www.providence.org](http://www.providence.org), télécharger et soumettre la demande dûment remplie avec documentation. Une personne qui demande de l'aide financière fera l'objet d'un examen préliminaire, qui comprendra un examen visant à déterminer si le patient est épuisé ou non admissible à des sources de paiement tierces.

Chaque hôpital Providence doit mettre du personnel désigné à la disposition des patients pour les aider à remplir la demande d'aide financière et à déterminer leur admissibilité à l'aide financière de 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 pourrait être admissible à demander une aide financière peut fournir suffisamment de documents à Providence pour appuyer la détermination de l'admissibilité à tout moment après avoir appris que le revenu d'une partie tombe en dessous du FPL minimum selon les réglementations fédérales et étatiques pertinentes.

Providence reconnaît qu'une détermination de l'admissibilité peut être faite à tout moment après avoir appris que le revenu d'une partie est inférieur à 200 % de la norme fédérale de pauvreté. De plus, Providence peut choisir d'accorder une aide financière uniquement sur la base d'une détermination initiale du statut d'un patient en tant que personne indigente. Dans ces cas, la documentation peut ne pas être requise.

**Situation financière individuelle :** Le revenu, certains actifs monétaires et les dépenses du patient seront utilisés pour évaluer la situation financière individuelle du patient. Providence ne cherchera que les informations concernant les actifs qui sont raisonnablement nécessaires et facilement disponibles pour déterminer l'existence, la disponibilité et la valeur des actifs d'une personne. Providence examinera et collectera des informations relatives à ces actifs comme l'exigent les Centers for Medicare et Medicaid (CMS) pour les rapports de coûts Medicare. Ces informations peuvent inclure la déclaration d'actifs convertibles en espèces et inutiles pour la vie quotidienne du patient. Les actifs monétaires ne comprennent pas les capitaux propres d'une résidence principale, les régimes de retraite autres que les régimes 401 (k), tout contrat d'inhumation prépayé ou parcelle d'inhumation, toute police d'assurance-vie d'une valeur de 10 000 \$ ou moins, et un véhicule automobile, ainsi qu'un deuxième véhicule automobile s'il est nécessaire à des fins professionnelles ou médicales, ainsi que les premiers 10 000 \$ d'actifs monétaires pour une famille de deux personnes. et soit 50 % de la valeur de l'actif monétaire restant, soit 1 500 \$ par membre de la famille supplémentaire, selon le montant le plus élevé. Les formulaires de vérification en double ne seront pas demandés. Un seul relevé de compte courant est requis pour vérifier les actifs monétaires. Si aucune documentation n'est disponible, une déclaration écrite et signée du patient ou du garant est suffisante. Les renseignements recueillis sur les actifs ne seront pas utilisés pour les activités de recouvrement. Les actifs personnels ne seront pas utilisés pour déterminer l'admissibilité si le revenu d'un patient ou d'un garant est égal ou inférieur à 300 % de la norme fédérale de pauvreté.

**Qualifications en matière de** revenu : Les critères de revenu, fondés sur le niveau de pauvreté fédéral (FPL), doivent être utilisés pour déterminer l'admissibilité à des soins gratuits ou à prix réduit. Veuillez consulter la pièce B pour plus de détails.

**Déterminations et approbations :** Les patients recevront un avis de détermination de l'admissibilité au PAF dans les 14 jours suivant la présentation de la demande d'aide financière dûment remplie et de la documentation nécessaire. Une fois qu'une demande est reçue, des efforts extraordinaires de recouvrement seront suspendus jusqu'à ce qu'une détermination écrite de l'admissibilité soit envoyée au patient. L'hôpital ne déterminera pas son admissibilité à l'aide sur la base de renseignements qu'il estime inexacts ou peu fiables.

**Règlement des différends :** Le patient peut interjeter appel d'une décision d'inadmissibilité à une aide financière en fournissant des documents supplémentaires pertinents à l'hôpital dans les 30 jours suivant la réception de l'avis de refus. 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 l'hôpital. Un appel peut être envoyé au bureau d'affaires régional de Providence, C.P. 3268, Portland, OR 97208-3395.

**Organisme de bienfaisance présumé :** Providence peut approuver un patient pour un rajustement de son compte par un organisme de bienfaisance par des moyens autres qu'une demande d'aide financière complète. Ces déterminations seront prises sur une base présomptive à l'aide d'un outil d'évaluation financière reconnu par l'industrie qui évalue la capacité de payer en fonction des documents financiers ou autres accessibles au public, y compris, mais sans s'y limiter, le revenu du ménage, la taille du ménage et les antécédents de crédit et de paiement.

**Autres circonstances particulières :** Les patients admissibles à des programmes admissibles à la FPL, comme Medicaid et d'autres programmes d'aide aux personnes à faible revenu parrainés par le gouvernement, sont considérés comme indigents. Par conséquent, ces patients sont admissibles à l'aide financière lorsque les

programmes refusent le paiement et jugent ensuite les frais facturables au patient. Les soldes des comptes des patients résultant de frais non remboursés sont admissibles à une radiation complète de l'organisme de bienfaisance. Y compris, mais sans s'y limiter, les services médicalement nécessaires liés aux éléments suivants:

1. Séjours hospitaliers refusés
2. Jours de soins refusés aux patients hospitalisés
3. Services non couverts
4. Refus de demande d'autorisation de traitement (TAR)
5. Refus dus à une couverture restreinte

**Frais médicaux catastrophiques** : Providence, à sa discrétion, peut accorder une œuvre de bienfaisance en cas de frais médicaux catastrophiques. Ces patients seront traités sur une base individuelle.

**Périodes 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 admissibles à l'aide financière** : Aucun patient admissible à l'une des catégories d'aide susmentionnées ne sera personnellement responsable de plus que le pourcentage des frais bruts « Montants généralement facturés » (CGA), tels que définis ci-dessous.

**Plan de paiement raisonnable** : Une fois qu'un patient est approuvé pour une aide financière partielle, mais qu'il a encore un solde dû, PSJH négociera un arrangement de 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 d'une famille, à l'exclusion des déductions pour frais de subsistance essentiels que le patient a indiqués dans sa demande d'aide financière.

**Facturation et recouvrement** : Tout solde impayé dû par les patients ou les garants après l'application des rabais disponibles, le cas échéant, peut être référé aux recouvrements. Les efforts de recouvrement des soldes impayés cesseront jusqu'à ce que la décision finale soit rendue quant à l'admissibilité au PAF. Providence n'effectue, n'autorise ni ne permet aux agences de recouvrement d'effectuer des actions de recouvrement extraordinaires. Pour obtenir des renseignements 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 comptoir d'inscription de chaque hôpital Providence, ou à l'adresse suivante : [www.providence.org](http://www.providence.org).

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

**Examen annuel** : Cette politique d'aide financière de Providence (soins de bienfaisance) sera révisée chaque année par les dirigeants désignés du cycle des revenus.

## **EXCEPTIONS :**

Voir Champ d'application ci-dessus.

## **DÉFINITIONS :**

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

1. Niveau fédéral de pauvreté (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.
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 police. Providence détermine le pourcentage 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 basé sur les réclamations autorisées en vertu de Medicare et des payeurs commerciaux. Des fiches d'information détaillant les pourcentages d'AGB utilisés par chaque hôpital Providence et la façon dont ils sont calculés peuvent être obtenues en visitant le site Web suivant : [www.providence.org](http://www.providence.org) ou en composant le 1-866-747-2455 pour en demander une copie.

3. Mesures extraordinaires de recouvrement (CCE) : Les OCE sont définies comme les actions nécessitant une procédure judiciaire ou judiciaire, impliquant la vente d'une dette à une autre partie ou la déclaration d'informations défavorables à des agences ou bureaux de crédit. Les actions qui nécessitent une procédure judiciaire ou judiciaire à cette fin comprennent un privilège; la forclusion de biens immobiliers; saisie ou saisie d'un compte bancaire ou d'autres biens personnels; l'introduction d'une action civile contre un individu; les actions qui causent l'arrestation d'une personne; les actions qui amènent une personne à être soumise à l'attachement corporel; et la saisie-arrêt sur salaire.

## RÉFÉRENCES :

<i>Internal Revenue Code Section 501(r); 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)</i>
<i>Washington Administrative Code (WAC) Chapter 246-453</i>
<i>Revised Code of Washington (RCW) Chapter 70.170.060</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>American Hospital Associations Charity Guidelines</i>
<i>Providence Commitment to the Uninsured Guidelines</i>
<i>Provider Reimbursement Manual, Part I, Chapter 3, Section 312</i>



**Pièce A – Liste des installations couvertes**

<b>Providence Hospitals in Washington</b>	
Providence Centralia Hospital	Providence St. Joseph’s Hospital
Providence Mount Carmel Hospital	Providence Regional Medical Center Everett
Providence St. Peter Hospital	Providence Sacred Heart Medical Center and Children’s Hospital
Providence Holy Family Hospital	Providence St. Mary Medical Center

**Pièce B - Qualifications de revenu pour les hôpitaux Providence Washington**

<b>Si...</b>	<b>Alors...</b>
Le revenu familial annuel, ajusté en fonction de la taille de la famille, est égal ou inférieur à 300 % des lignes directrices actuelles de la FPL,	Le patient est jugé financièrement indigent et est admissible à une aide financière de 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 400 % des lignes directrices actuelles de la FPL,	Le patient est admissible à un rabais de 75 % par rapport aux 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 400 %, la <u>LPF ET</u> que le patient a engagé des frais médicaux totaux dans les hôpitaux Providence au cours des 12 mois précédents, soit plus de 20 % de sa famille annuelle. le revenu, ajusté en fonction de la taille de la famille, pour les services assujettis à la présente politique,	Le patient est admissible à une prestation caritative de 100 % sur les montants de responsabilité du patient.