
DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : 20 février 2024

TITRE DE LA POLITIQUE :

Aide financière aux patients

*À réviser tous les trois ans par :
Conseil d'administration du Ministère*

RÉVISION AVANT LE : 1^{er} mars 2027

POLITIQUE

La politique du Ministère (et de chaque ministère de Trinity Health) a pour but de répondre au besoin d'aide financière et de soutien des patients pour les services d'urgence et non facultatifs médicalement nécessaires fournis en vertu des lois fédérales ou des États applicables. L'admissibilité à l'aide financière et au soutien du Ministère est déterminée sur une base individuelle à l'aide de critères détaillés ainsi que d'une évaluation des besoins en soins de santé, des ressources financières et des obligations du patient et/ou de sa famille. Trinity Health s'attend à ce que les services soient payés par des personnes en mesure de payer (telles que définies dans la présente Politique).

I. Critères d'admissibilité à l'aide financière

L'aide financière décrite dans cette section est fournie aux patients qui résident dans la zone de service (telle que définie dans la présente Politique). De plus, le Ministère fournira une aide financière aux patients de l'extérieur de leur zone de service qui sont admissibles en vertu de la Politique d'aide financière du Ministère (Financial Assistance Policy, FAP) et qui se présentent avec un problème de santé urgent ou mettant leur vie en danger afin de recevoir des soins médicaux d'urgence.

Trinity Health fournira une aide financière pour les services dans un établissement hospitalier (y compris les services fournis dans l'établissement hospitalier par une entité essentiellement liée) et le Ministère fournira une aide financière pour les services suivants :

A. Tous les soins médicaux nécessaires et les soins d'urgence pour

1. les patients qui font eux-mêmes une demande d'aide financière et qui y sont admissibles, et
 2. les patients présumés admissibles à une aide financière.
- B. Certains paiements dus par des patients couverts par un payeur/assureur avec lequel le Ministère participe/contracte, comme décrit dans la présente Politique.

Les services de soins médicaux d'urgence seront fournis à tous les patients qui se présentent au service d'urgence de l'hôpital du Ministère, peu importe leur capacité de payer ou leur source de paiement. Ces soins médicaux se poursuivront jusqu'à ce que l'état du patient soit stabilisé, avant toute détermination des modalités de paiement.

Les services suivants ne sont pas admissibles à l'aide financière de Trinity Health :

- A. Services cosmétiques et autres opérations et services facultatifs qui ne sont pas des soins médicalement nécessaires.
- B. Services qui ne sont pas fournis et facturés par le Ministère (p. ex., services de médecins indépendants, soins infirmiers privés, transport par ambulance, etc.).
- C. Le Ministère peut exclure les services qui sont couverts par un programme d'assurance, y compris les services couverts lorsqu'ils sont fournis à un autre fournisseur, mais ne sont pas couverts dans les hôpitaux du Ministère de Trinity Health ; à condition que les obligations fédérales relatives à la Loi sur le traitement médical d'urgence et le travail actif (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) soient respectées.

Les patients suivants sont admissibles à l'aide financière de Trinity Health :

- A. Les patients non assurés dont le revenu familial est égal ou inférieur à 200 % du niveau fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level, FPL) seront admissibles avec un rabais de 100 % sur les frais pour les services reçus.
- B. Les patients non assurés et les patients assurés qui reçoivent des services dans les États où les pourcentages de réduction du revenu familial sont plus élevés seront également admissibles à un rabais sur les frais pour les services reçus.
- C. Les patients non assurés dont le revenu familial est supérieur à 200 % du FPL et ne dépasse pas 400 % du FPL (ou le pourcentage plus élevé requis par la loi de l'État, le cas échéant) seront admissibles à un rabais sur les frais pour les services reçus. Un patient admissible à ce niveau d'aide financière ne sera pas facturé plus que les montants généralement facturés (Amounts Generally Billed, AGB) calculés.
- D. Les patients assurés dont le revenu familial est égal ou inférieur à 400 % du FPL seront admissibles à une aide financière pour les montants de ticket modérateur, de franchise et de coassurance, à condition que les accords contractuels avec l'assureur du patient n'interdisent pas de fournir une telle assistance.

L'aide financière est également fournie aux patients médicalement indigents. Un patient médicalement indigent est un patient assuré qui demande une assistance financière et qui, en raison de circonstances catastrophiques, a des dépenses médicales pour un épisode de soins dépassant 20 % de son revenu familial. Le montant dépassant 20 % du revenu familial (ou le pourcentage inférieur requis par la législation de l'État, le cas échéant) permettra au patient assuré de bénéficier d'une assistance financière pour les tickets modérateurs, les co-assurances et les franchises. Les rabais accordés à ceux qui ne sont pas assurés pour les soins médicalement indigents ne seront pas inférieurs aux AGB du Ministère pour les services fournis ou à un montant permettant de ramener à 20 % le rapport entre les dépenses médicales catastrophiques et le revenu familial du patient.

II. Base de calcul des montants facturés aux patients

Les patients admissibles à l'aide financière ne seront pas facturés plus que les AGB pour les soins d'urgence et les autres soins médicalement nécessaires. Trinity Health utilise une méthode rétrospective pour calculer les AGB en divisant la somme des demandes de Medicare payées par le total des frais bruts soumis, conformément à l'article 501(r) du code fédéral des impôts.

Une copie de la description du calcul des AGB et du pourcentage peut être obtenue, sans frais, sur le site Web du Ministère ou en appelant le Centre des services aux patients au 800-494-5797.

III. Méthode de demande d'aide financière

Un patient peut être admissible à l'aide financière en présentant une demande de FAP dûment remplie ou en se prévalant d'une cote d'admissibilité présumée. L'admissibilité est fondée sur l'évaluation des besoins en soins de santé, des ressources et des obligations financières du patient et/ou de sa famille à la date du service. Un patient jugé admissible sera admissible à l'aide financière pendant six mois à compter de la première date de service pour laquelle il est jugé admissible à l'aide financière.

L'admissibilité à l'aide financière exige la collaboration complète du patient pendant le processus de demande, le cas échéant, y compris :

- A. Remplir la demande de FAP, y compris soumettre tous les documents requis ;
- B. Participer au processus de demande pour toute aide disponible, y compris, mais sans s'y limiter, l'aide financière gouvernementale et d'autres programmes.

Le Ministère fera des efforts pour aider les patients à demander à bénéficier de programmes publics et privés auxquels ils peuvent être admissibles et qui peuvent les aider à obtenir et à payer des services de soins de santé. Le Ministère peut envisager d'offrir une aide consistant à payer au patient des primes d'assurance privée pendant une période limitée même si celui-ci a droit à une aide financière.

Le Ministère informera les patients qui présentent une demande de FAP incomplète et précisera les renseignements et/ou documents supplémentaires nécessaires pour compléter le processus de demande, qui doivent être fournis dans les 30 jours.

Le Ministère se réserve le droit de refuser l'aide financière si la demande de FAP n'est pas reçue au cours de la période de demande.

Les patients qui souhaitent faire une demande d'aide financière peuvent obtenir une copie gratuite de la demande de FAP comme suit :

- A. Demander une copie de la demande de FAP aux Admissions, au Service d'urgence ou à un conseiller financier du lieu où le service a été fourni ;
- B. Télécharger et imprimer la demande de FAP depuis le site Web du Ministère ;
- C. Soumettre une demande écrite au Centre des services aux patients à l'adresse actuelle affichée sur le site Web et incluse dans les avis et les demandes pour la FAP ; ou
- D. Appeler le Centre des services aux patients au 800-494-5797 ou au numéro de téléphone actuel affiché sur le site Web et inclus dans les avis et les demandes pour la FAP.

IV. Détermination de l'admissibilité

Trinity Health utilisera un modèle prédictif pour qualifier les patients pour l'aide financière de manière présomptive. L'admissibilité présumée à l'aide financière peut être déterminée à n'importe quel moment du cycle de revenu.

S'il est déterminé qu'un patient n'est pas admissible à l'aide financière ou qu'il est admissible à une aide inférieure à l'offre la plus généreuse offerte dans le cadre de la FAP, Trinity Health :

- A. Informera le patient des critères d'admissibilité et de la façon dont il peut contester ou demander une aide plus importante dans le cadre de la FAP ;
- B. Accordera au patient au moins 30 jours pour contester ou demander une aide plus importante ; et
- C. Traitera toute demande de FAP complète que le patient soumettra avant la fin de la période de demande.

V. Communications efficaces

Le Ministère affichera des panneaux et distribuera des brochures qui fourniront des renseignements de base sur la FAP du Ministère dans les lieux publics du Ministère. Le Ministère affichera la FAP, un résumé en langage clair et un formulaire de demande sur son site Web et mettra la FAP, le résumé en langage clair et le formulaire de demande à la disposition des patients sur demande.

VI. Procédure de facturation et de recouvrement

Le Ministère mettra en œuvre des pratiques de facturation et de recouvrement pour les obligations de paiement des patients qui sont équitables, cohérentes et conformes aux réglementations des États et fédérales. Les mesures que Trinity Health peut prendre en cas de non-paiement sont

décrites dans une procédure de facturation et de recouvrement distincte. Vous pouvez obtenir gratuitement une copie de la procédure de facturation et de recouvrement en appelant le Centre des services aux patients au 800-494-5797 ou en faisant une demande par courrier électronique. Trinity Health se conforme à l'article 501(r) et aux lois des États applicables en ce qui concerne les interdictions concernant les mesures de recouvrement extraordinaires contre les personnes jugées admissibles à une aide financière. De plus, à moins que la personne ne soit en mesure de payer, Trinity Health n'intentera aucune action en justice pour recouvrer un jugement, placer un privilège sur les biens d'une personne ou déclarer la personne à un bureau de crédit.

Si un patient a effectué des paiements au cours de la période de demande et avant la détermination de l'admissibilité, Trinity Health remboursera les montants qui dépassent le montant de l'aide financière pour lequel le patient est jugé admissible, sauf si ce montant est inférieur à \$5.00.

VII. Liste des prestataires

Une liste des prestataires qui fournissent des soins médicaux d'urgence ou des soins médicalement nécessaires au sein d'un établissement hospitalier qui précise quels prestataires offrent une aide financière, comme décrit dans la FAP, et ceux qui n'en offrent pas, est fournie à part de la présente FAP. Une copie de la liste des prestataires peut être obtenue, sans frais, sur le site Web du Ministère ou en téléphonant au Centre des services aux patients au 800-494-5797.

VIII. Autres rabais

Les patients qui ne sont pas admissibles à l'aide financière, telle que décrite dans la présente Politique, et qui reçoivent des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires ou non facultatifs, peuvent être admissibles à d'autres types d'aide offerts par le Ministère. Les autres types d'aide ne sont pas fondés sur le besoin et ne font pas partie de la Politique d'aide financière et sont fournis à la discrétion du Ministère.

PORTÉE/APPLICABILITÉ

Le présent document est une Politique miroir de Trinity Health. Par conséquent, la présente Politique miroir doit être adoptée par chaque Ministère et filiale au sein du système qui fournit ou facture des soins aux patients hospitalisés. La présente Politique miroir reflète les dispositions de la Politique financière 1, la politique d'assistance financière du système Trinity Health. Les organismes de Trinity Health qui fournissent ou facturent d'autres types de soins aux patients doivent adopter une Politique d'aide financière pour répondre aux besoins de la collectivité desservie et qui fournit une aide financière aux personnes qui ont besoin d'une aide financière.

Les lois des États prévaudront sur les procédures à l'échelle du système et le Ministère agira conformément aux lois des États applicables.

La Politique vise à respecter l'engagement du Ministère à :

- Fournir un accès à des services de santé de qualité avec compassion, dignité et respect pour ceux que nous servons, en particulier les pauvres et les personnes défavorisées au sein de nos communautés ;

- Prendre soin de toutes les personnes, quelle que soit leur capacité de payer les services ; et
- Aider les patients qui ne peuvent pas payer une partie ou la totalité des soins qu'ils reçoivent.

Le Ministère est une communauté de personnes qui servent ensemble dans l'esprit de l'Évangile en tant que présence de guérison pleine de compassion et de capacité de transformation au sein de nos communautés. Conformément à nos valeurs fondamentales, en particulier celle de l'« engagement envers les personnes vivant dans la pauvreté », nous fournissons des soins aux personnes dans le besoin et accordons une attention particulière aux personnes les plus vulnérables, y compris celles qui sont incapables de payer et celles dont les moyens limités font qu'il leur est extrêmement difficile de faire face aux dépenses de santé engagées.

DÉFINITIONS

En mesure de payer signifie

- Une personne qui a été jugée inadmissible à Medicaid par un processus de sélection de demande Medicaid ou qui a reçu un refus du programme Medicaid d'État pour les prestations Medicaid.
 - Trinity Health n'exige pas qu'une personne demande Medicaid comme condition préalable pour l'aide financière.
- Une personne qui a été jugée inadmissible à l'aide financière après examen de la demande.
- Une personne qui n'a pas présenté de demande d'aide financière après l'expiration de la période de demande d'aide financière.
- Une personne qui a refusé de remplir une demande ou de collaborer au processus de demande d'aide financière.

Les montants généralement facturés (Amounts Generally Billed, « AGB ») désignent les montants généralement facturés pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires aux patients qui ont une assurance couvrant ces soins, les AGB pour soins aigus et les médecins du Ministère seront calculés en utilisant la méthode de calcul rétrospectif de la somme des demandes de remboursement Medicare divisée par les frais totaux ou « bruts » pour ces demandes par le Bureau du système ou le Ministère chaque année en utilisant douze mois de demandes payées avec un décalage de 30 jours entre la date de déclaration et la date de sortie la plus récente.

La période de demande commence le jour où les soins sont fournis et se termine 240 jours après cette date ou, si cela est postérieur :

- à la fin de la période de 30 jours pendant laquelle les patients admissibles à une aide inférieure à l'aide la plus généreuse disponible en fonction du statut de soutien présomptif ou de l'admissibilité antérieure à la FAP peuvent demander une aide plus généreuse ;
- dans le délai prévu dans un avis écrit après lequel les ECA peuvent être engagés.

Les soins médicaux d'urgence au sens de l'article 1867 de la Loi sur la sécurité sociale (Social Security Act). Les patients qui demandent des soins pour une urgence médicale dans un hôpital de Trinity Health doivent être traités sans discrimination et sans égard à leur capacité de payer pour les soins. Le Ministère doit fonctionner conformément à toutes les exigences fédérales et des États en matière de soins d'urgence, y compris les exigences en matière de dépistage, de traitement et de transfert en vertu de la Loi fédérale sur le traitement médical d'urgence et le travail (Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA).

Le revenu familial désigne le revenu annuel de tous les membres adultes de la famille du ménage pendant la période précédente de 12 mois ou de l'année d'imposition précédente, comme l'indiquent les relevés de paie récents ou les déclarations de revenus et d'autres renseignements. Pour les patients de moins de 18 ans, le revenu familial comprend le revenu annuel des parents et/ou des beaux-parents, ou des chargés de la garde. La preuve des revenus peut être déterminée en annualisant le revenu familial depuis le début de l'année, en tenant compte du taux de rémunération actuel.

L'aide financière désigne l'assistance (charité, rabais, etc.) offerte aux patients pour lesquels il serait difficile de payer le coût total des services médicalement nécessaires fournis par Trinity Health, et qui répondent aux critères d'admissibilité à une telle aide.

Politique d'aide financière (Financial Assistance Policy, « FAP ») 1 désigne une politique et procédure écrites qui satisfont aux exigences décrites à l'article 1.501(r)-4(b).

Demande de la Politique d'aide financière (« Demande de FAP ») désigne les renseignements et les documents d'accompagnement qu'un patient soumet pour demander une aide financière dans le cadre de la FAP d'un Ministère. Le Ministère peut obtenir des renseignements d'une personne par écrit ou oralement (ou une combinaison des deux).

Les revenus comprend les salaires bruts, les salaires et les revenus de travail indépendant, les indemnités de chômage, les indemnités d'accident du travail, les paiements de la sécurité sociale, l'aide publique, les prestations aux anciens combattants, les pensions alimentaires pour enfants, les pensions alimentaires, l'aide aux études, les prestations de survivant, les pensions, les revenus de retraite, les paiements réguliers d'assurance et de rente, les revenus provenant de successions et de fiducies, les loyers reçus, les intérêts/dividendes et revenus provenant d'autres sources diverses.

Les soins médicalement nécessaires désignent tout service ou produit de santé fourni par un Ministère de Trinity raisonnablement déterminé par un prestataire, qui est nécessaire pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie, une blessure ou ses symptômes. Les soins médicalement nécessaires ne comprennent pas les services facultatifs qui ne sont pas couverts par l'assurance/le paiement gouvernemental/le régime de santé du patient ni les procédures cosmétiques visant à améliorer l'aspect esthétique d'une partie normale du corps ou d'une partie du corps fonctionnant normalement.

Ministère (parfois appelé Ministère de la Santé) désigne une filiale ou une division opérationnelle de premier niveau (directe) de Trinity Health qui maintient un organe directeur qui assure la surveillance quotidienne de la gestion d'une partie désignée des opérations du Trinity Health

System. Un Ministère peut être basé sur un marché géographique ou sur le fait de se consacrer à un secteur de service ou à une activité. Les Ministères comprennent les Ministères de mission, les Ministères nationaux et les Ministères régionaux.

Politique miroir désigne un modèle de politique approuvé par Trinity Health et que chaque Ministère est tenu d'adopter comme une politique identique, le cas échéant, et si cela s'applique à ses activités, avec la possibilité de modifier le format pour refléter les préférences de style local ou, sous réserve de l'approbation par le membre de l'ELT responsable de cette Politique miroir, pour se conformer aux lois et réglementations des États ou locales ou aux exigences de licence et d'accréditation applicables.

Politique désigne un énoncé d'orientation de haut niveau sur des questions d'importance pour Trinity Health, ses Ministères et filiales ou un énoncé interprétant de manière plus approfondie les documents constitutifs de Trinity Health, de ses Ministères et de ses filiales. Les politiques peuvent être autonomes, à l'échelle du système ou en miroir, et désignées par l'organisme d'approbation.

Une procédure désigne un document conçu pour mettre en œuvre une politique ou une description de mesures ou de processus précis requis.

Zone de service désigne les marchés primaires desservis par les Ministères. Ceci est démontré par une liste des codes postaux associés aux lieux de résidence des patients.

Les normes ou directives désignent les instructions et directives supplémentaires qui contribuent à mettre en œuvre les procédures, y compris celles élaborées par les organismes d'accréditation ou professionnels.

Filiale désigne une entité juridique dans laquelle un Ministère de Trinity est le membre corporatif ou actionnaire unique.

Patient non assuré désigne une personne qui n'est pas assurée, qui n'est pas couverte par un tiers assureur commercial, un régime ERISA, un programme fédéral de soins de santé (y compris, sans s'y limiter, Medicare, Medicaid, SCHIP et CHAMPUS), une indemnisation des accidentés du travail, ou autre aide de tiers pour couvrir tout ou partie du coût des soins.

DÉPARTEMENT RESPONSABLE

D'autres directives concernant la présente Politique miroir peuvent être obtenues auprès de la direction du Ministère.

APPROBATIONS

Approvisionnement initiale : 14 juin 2014, Comité d'intendance du conseil d'administration de Trinity Health

Examens ou révisions postérieures : 18 septembre 2014 ; 1^{er} juillet 2017 ; 8 décembre 2021, 6 décembre 2023, 20 février 2024