

Manuel Administratif
POLICE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

Police Numéro : 1.30

Page 1 de 6

Objectif : Le centre médical Covenant (Covenant) s'engage à fournir une assistance financière aux patients qui ont des besoins de soins médicaux et ne sont pas assurés, sous-assurés, pas admissibles aux programmes gouvernementaux et qui sont dans l'impossibilité de payer leurs factures médicales en relation à leur situation financière. Covenant veut faire en sorte que la situation financière de chacun ne les empêche pas de demander ou de recevoir les services médicaux dont ils ont besoin. Covenant fournira, sans discrimination, des soins médicaux d'urgence et tout autre soin nécessaire à chacun, indépendamment de leur capacité à payer. En utilisant cette police d'assistance financière et ses exigences, Covenant travaillera avec tous les patients qui sont incapables de payer pour des services et ne sont pas admissibles à une assistance financière externe ou aux programmes de soins de santé gouvernementaux.

Étendue : Tous les établissements Covenant et entités en propriété exclusive.

Police : L'assistance financière sera offerte aux patients qui seront admissibles, en fonction de leur incapacité de payer, conformément aux lignes des directives fédérales américaines du seuil de pauvreté et qui répondent aux critères énoncés dans la présente politique. Cette assistance financière ne doit pas être considérée comme un remplacement de la responsabilité personnelle. Les patients qui demandent une assistance financière sont tenus de collaborer avec les exigences de Covenant pour recevoir cette assistance financière. Des exigences telles que de remplir des demandes pour d'autres options de couverture, remplir le formulaire de demande d'assistance financière et contribuant au paiement de leurs soins en fonction de leur capacité financière. Cette police est en place pour assurer des soins médicaux égaux et est proposée à tous nos patients dans le besoin.

Définitions :

- Famille : en utilisant la définition du bureau de recensement américain, un groupe de deux personnes ou plus, qui vivent ensemble et qui sont liés par la naissance, le mariage ou l'adoption. Selon les règles de l'IRS, si le patient déclare quelqu'un comme étant une personne à charge sur leur déclaration d'impôt sur le revenu, elle sera considérée comme une personne à charge aux fins de cette police d'assistance financière.
- Le revenu du ménage : le revenu du ménage est déterminé en utilisant la définition du bureau de recensement américain, qui utilise les sources de revenus suivantes :
 - Bénéfices/Salaires, indemnisation de chômage, indemnisation des accidents, sécurité sociale, revenu sécuritaire supplémentaire, assistance publique, primes des anciens combattants, prestations de survivant, pension ou retraite, intérêts, dividendes, loyers, redevances, revenus de successions, fiducies, aide à l'éducation, pension alimentaire, pension pour garde d'enfant, aide externe au ménage et d'autres sources diverses ;
 - Les avantages non-monétaires (tels que des bons d'alimentation et les aides au logement) ne comptent pas ;
 - Déterminé sur une base brute, avant l'imposition ;
 - Exclu les gains ou pertes de capital ; et

- Si une personne vit avec une famille, inclus le revenu de tous les membres de la famille qui vivent ensemble dans le cadre d'une seule famille. Les colocataires ou pensionnaires ne sont pas inclus.
- Non-assurés : le patient n'a aucun niveau d'assurance ou d'assistance tierce pour aider à répondre à ses obligations de paiement.
- Sous-assuré : le patient a un certain niveau d'assurance ou d'assistance tierce mais un montant personnel obligatoire qui dépassent ses capacités financières actuelles.
- Des conditions médicales d'urgence : définies au sens de l'article 1867 de la Loi sur la sécurité sociale (42 U.S.C. 1395dd).
- Patient qui paye de sa poche : un individu qui reçoit des services médicaux et qui ne possède aucun niveau d'assurance-santé et n'a pas d'autre personne tierce acceptant la responsabilité financière en vue de payer ses services médicaux.
- Les services électifs : admissions, chirurgies ou procédures planifiées. L'annulation ou le report de l'admission, la chirurgie ou de la procédure prévue ne mettrait pas sa vie en danger.
- Montant généralement facturés : le montant généralement facturé (MGF) pour les urgences et d'autres services médicalement nécessaires, doit être calculé annuellement, se basant sur une méthode rétrospective approuvé par les autorités fiscales américaines (Internal Revenue Service, IRS).
 - Le MGF sera calculé en incluant toutes les réclamations antérieures à l'année passée, qui ont été payées en totalité à l'établissement hospitalier pour les soins médicalement nécessaires rendus par Medicare pour les services à l'acte, ce avec tous les assureurs santé privés payants les demandes. Cela peut inclure la coassurance ; les co-paiements et les franchises. Le MGF lors de cas d'urgence ou de soins médicalement nécessaires fournis avec un concours financier, le particulier admissible est déterminé en multipliant les charges brutes des soins par le pourcentage de charges brutes (appelé pourcentage du MGF). Le pourcentage du MGF est calculé au moins annuellement en divisant la somme de certaines indemnités versées à l'établissement hospitalier par la somme des charges brutes associées pour ces demandes.

Limites : L'assistance financière de Covenant n'inclut pas tous les coûts qui peuvent être associés à des services médicaux. Ce qui suit sont des exemples d'éléments ou de services qui ne sont pas inclus dans notre programme d'assistance financière :

- Transport et hébergement : le patient est responsable des coûts liés au transport depuis et vers Covenant.
- Procédures médicales électives, à savoir, des procédures qui ne sont pas des urgences médicales ou médicalement nécessaires.
- Aliments (autres que les repas lors d'une hospitalisation).
- Équipement médical permanent : les services sociaux peuvent avoir des bons de réduction limités disponibles afin d'aider à couvrir les coûts associés à de l'équipement médical durable.
- Ordonnances exécutées dans une pharmacie non affiliée avec Covenant.

- Les soins à domicile ou les services fournis dans un établissement de santé non affilié à Covenant ne sont pas couverts par cette police. Un suivi des soins peut être coordonné par les services sociaux, mais l'approbation de l'assistance financière se limite aux services fournis sur site et facturés par une entité affiliée à Covenant.

Procédure : L'assistance financière est disponible pour les personnes qui ne sont pas assurées ou insuffisamment assurées, et qui ne peuvent pas payer toutes les factures de leurs soins, se basant sur les besoins financiers (plus de détails sur la façon dont les besoins financiers sont décidés se trouvent dans cette police). L'assistance financière est basée sur la situation de chaque personne, et ne prendra pas en compte l'âge, le sexe, la race, le statut social ou d'immigration, l'orientation sexuelle ou l'appartenance religieuse. Les services admissibles en vertu de cette police seront mis à la disposition du patient, selon un tarif dégressif, en fonction de leurs besoins financiers, tel que déterminé par les niveaux de pauvreté fédéraux (NPF) en vigueur au moment de la demande/décision. La référence faite aux patients au sujet de l'assistance financière peut être effectuée par un membre du personnel Covenant ou du personnel médical, tels médecins, infirmières, conseillers financiers, greffiers, travailleurs sociaux ou gestionnaires de comptes. Une demande d'assistance financière peut être effectuée par le patient ou un membre de sa famille, un ami proche, ou un associé du patient, sous réserve des lois applicables. Les demandes peuvent être faites avant, pendant ou après le service médical délivré.

L'aide financière sera calculée sur la base d'une méthode à échelle dégressive qui est mise à jour chaque année par le Bureau Central de gestion de Covenant. Pour être admissible, le patient doit faire ce qui suit :

1. Recevoir un refus de Medicaid, se basant sur des revenus trop importants, un refus par l'équipe d'examen médical de Medicaid, un refus d'un programme alternatif avec liaison, ou indiqué comme non-handicapé, mais pas un refus en raison de l'échec du patient de compléter le processus de demande de Medicaid. Des exceptions à cette règle peuvent être autorisées par l'approbation administrative du Directeur de Covenant ou de l'administration des patients (ou dans le cas de l'association des infirmières de visite de Covenant, son directeur ou son représentant).
 - i. Si un patient possède une couverture Medicaid et est responsable des services non couverts, Covenant examinera ces charges pour qualification à un ajustement de l'assistance financière.
2. Recevoir une application d'assistance financière du patient, complète avec les pièces justificatives ou une vérification interne.
3. Le patient/ménage doit respecter les lignes directrices de l'assistance financière de Covenant.
 - i. Ils doivent répondre à une exigence de nécessité financière déterminée sur la base d'un examen individuel et peut inclure :
 - 1) Un processus de demande. Le patient ou le parrain du patient peut être tenu de fournir des informations personnelles, financières et d'autres informations pertinentes avec documents à l'appui ;
 - 2) L'examen des données accessibles au public qui fournissent des informations sur la capacité du parrain d'un patient ou d'un patient de payer (comme les évaluations de la note de crédit et la tendance à payer);
 - 3) Des efforts raisonnables par Covenant de trouver d'autres sources de paiement et une couverture de programmes de

- paiement publics et privés. Des efforts raisonnables peuvent être faits pour aider les patients à s'inscrire à de tels programmes ;
- 4) Compte tenu des actifs et toutes les autres ressources financières du patient ; et
 - 5) Un examen des factures impayées du patient pour des services antérieurs et l'historique des paiements du patient..
4. Identifier des frais médicaux inhabituels ou des événements tragiques sur le profil financier du patient.
 - i. À des fins d'une évaluation non discriminatoire, Covenant examinera le revenu du ménage-
 5. Le médecin consultant/traitant doit déterminer quand les services aux patients sont médicalement nécessaires.

Une fois que les exigences ci-mentionnées sont satisfaites, voici ce qui se passera :

- Une décision finale sera prise dans les sept (7) jours civils.
- La décision d'assistance financière sera valide et utilisable pendant trois (3) mois après l'approbation.
- L'assistance financière sera disponible sur la base des meilleures informations disponibles après que tous les efforts de communication avec le patient et d'obtention les informations financières aient été épuisés. La décision pourra être prise au cours du processus de recouvrement si les efforts d'obtention des informations sont épuisés à ce moment.
- Il est préférable, mais pas obligatoire, que la demande d'assistance financière ainsi qu'une évaluation du besoin financier soient effectuées avant tout service non-urgent pré-programmé et médicalement nécessaire. La nécessité d'une aide financière peut être réévaluée à une date ultérieure ou lorsque plus d'informations sur l'admissibilité du patient pour l'assistance financière seront connues.
- Il est de la responsabilité du programme/service désigné de donner toutes les informations et documents nécessaires de demande à l'assistance financière à tous les patients admissibles. Le délégué du programme est responsable de s'assurer que tous les critères nécessaires sont remplis, que l'allocation est bien distribuée et que l'ajustement est traité. Les niveaux de seuil d'approbation de l'ajustement sont identifiés sur la feuille de calcul de l'application à l'assistance financière. Tous les documents relatifs à l'assistance financière sont maintenus par la personne du programme désignée au sein du programme/service. Une classification de l'assistance financière sera recommandée par le chef du bureau central des affaires de Covenant et sera approuvée par un administrateur dûment autorisé, comme convenu par le Directeur du cycle des revenus.
- Si un patient ne pouvait pas effectuer un paiement substantiel ou s'engager à un plan de paiement pour régler ses factures médicales actualisées et approuvées, toutes les procédures électives et non urgentes de santé et les services connexes pourraient être différés.
- La falsification de l'information, le mensonge, ou une documentation incomplète du patient, du parrain du patient ou de la partie responsable pourrait entraîner un rejet sans appel à toute assistance financière..

- Ayant énoncé tout de ce qui précède, les montants facturés en cas d'urgence et pour les services médicaux nécessaires des patients qui sont admissibles à l'assistance financière, en vertu de la présente police, ne seront pas plus importants que les montants généralement facturés aux personnes ayant une assurance couvrant les mêmes soins.

Raisons de refus : Covenant peut refuser une demande à l'assistance financière pour une variété de raisons, y compris, mais sans s'y limiter :

- Revenus suffisants.
- Niveaux des capitaux/ressources suffisants.
- Le patient ne coopère pas ou ne répond pas aux efforts de collaboration.
- La demande d'assistance financière reste incomplète malgré des efforts raisonnables de collaboration avec le patient.
- Un contrat d'assurance ou de responsabilité en attente qui pourrait devenir une source de paiement.
- Dissimulation de paiements d'assurance et/ou de règlement de fonds d'assurance, y compris les paiements d'assurance envoyés au patient pour couvrir les services fournis par Covenant, et des demandes pour blessures corporelles et/ou accidents y correspondants.

Politiques de recouvrement : Les gestionnaires de Covenant disposent de politiques et procédures pour les pratiques de recouvrement, ces actions comprennent des actions que l'hôpital peut prendre si le patient ne payait pas. Ces mesures de recouvrement incluent potentiellement des rapports aux organismes de crédit. Ces politiques tiennent compte de la mesure dans laquelle le patient est admissible à l'assistance financière, son effort de bonne foi pour demander de l'aide à un programme gouvernemental ou l'assistance financière à Covenant et son effort de se conformer à ses accords de paiement convenus avec Covenant. Pour les patients qui sont admissibles à l'assistance financière et qui coopèrent de bonne foi pour régler leurs factures réduites d'hôpital, Covenant peut leur offrir des plans de paiement plus étalés, n'enverra pas les factures impayées aux agences externes de recouvrement et, cessera tous ses efforts de collection.

Covenant n'imposera pas d'actions extraordinaires de recouvrement ou de collection telles que des saisies directes sur le salaire, des privilèges sur les résidences principales ou d'autres actions en justice pour tout patient sans d'abord effectuer des efforts raisonnables pour déterminer si le patient serait admissible ou non à l'assistance financière en vertu de cette police d'assistance financière. De tels efforts raisonnables comprennent :

- Valider le montant des factures impayées duquel le patient est redevable et, que toutes les sources de paiement tierces aient été identifiées et facturées par l'hôpital ;
- Une tentative d'offrir au patient la possibilité de demander une assistance financière utilisant les lignes directives de cette police. Si le patient n'avait pas répondu aux exigences de l'application de l'hôpital, ces efforts seront documentés ;
- Offrir au patient un plan de paiement. Toutefois, si le patient n'avait pas respecté les termes de ce plan, ceci sera aussi documenté.

Rien dans cette police n'empêche Covenant de poursuivre le remboursement de tiers payeurs, les règlements en matière de responsabilité de tiers ou d'autres tierces parties légalement responsables.

Covenant ne s'engagera pas dans des actions extraordinaires de recouvrement avant d'avoir produit un effort raisonnable pour déterminer si un patient est admissible ou non à une assistance financière en vertu de la présente police. Si un patient ne parvenait pas à présenter une demande d'assistance financière au cours de la période de notification (120 jours après le premier relevé de facturation) Covenant pourrait alors s'engager à participer à des activités de recouvrement contre le patient. Une activité de recouvrement ira de l'avant en utilisant les procédés d'une politique de recouvrement sélective (Numéro de Police Covenant PTAG025, Politique de référencement de recouvrement en interne et créances irrécouvrables), qui peut être obtenue sous demande à Covenant, gratuitement.

Si une agence de recouvrement identifiait un patient comme répondant aux critères d'admissibilité à une assistance financière tels qu'énoncés par Covenant, le compte du patient pourrait être considéré pour recevoir une aide financière jusqu'à 120 jours après que le compte ne fut référé pour une activité de recouvrement (un total de 240 jours après avoir fourni le premier relevé de facturation au patient). L'activité de recouvrement sera suspendue sur ces comptes et Covenant donnera aux patients toute l'information ou documentation supplémentaire nécessaire pour effectuer le processus de demande à l'assistance financière. Si la totalité du solde du compte était réglée, le compte sera retourné à Covenant. Si un ajustement partiel se produisait, le patient ne coopérerait pas avec le processus de demande d'assistance financière, ou si le patient n'était pas déclaré admissible à l'assistance financière, l'activité de recouvrement reprendrait.

Communication de la police d'assistance financière aux patients et au sein de la communauté :

Covenant s'engage à offrir une assistance financière aux patients admissibles qui ne disposent pas de la capacité de payer leurs factures de services médicaux. Covenant Medical Center et Covenant Healthcare System communiqueront les détails de cette police dans les établissements et dans les communautés que nous servons. Ces informations seront également incluses sur le site en ligne www.covenanthealthcare.com

Entre autres choses, un résumé en langage clair, bilingue, sera affiché dans les principaux points d'enregistrement à l'hôpital et, inclura les instructions pour obtenir des versions imprimées de cette police et de la demande d'assistance financière. Des sites affiliés afficheront aussi un résumé en langage clair de cette police sur leurs sites respectifs, et devront avoir une copie de cette police à disposition de tous, en l'affichant sur leurs sites, avec la possibilité d'en téléverser une copie, gratuitement. Les personnes de la communauté desservie seront en mesure d'obtenir une copie de la police dans tous les établissements affiliés à Covenant ou sur simple demande. Covenant inclura également un résumé de cette police en langage simple sur les relevés des patients.

Égalité des opportunités :

Covenant s'engage à faire respecter les multiples lois fédérales et étatiques qui empêchent la discrimination sur une base de race, de sexe, d'âge, de religion, d'origine nationale, de statut matrimonial, d'orientation sexuelle, de handicap, de service militaire, ou de toutes autres classifications protégées par des lois fédérales, étatiques ou locales.

Covenant ne tiendra pas en compte: les mauvaises créances, les provisions contractuelles, les paiements insuffisants perçus pour les opérations, les programmes publics, les cas payés grâce à une contribution de bienfaisance, les réductions de courtoisie

professionnelle, les programmes de service communautaire ou de proximité, ou le statut de travail en tant que facteurs déterminant à recevoir l'assistance financière.

Exigences Régulatoires :

En mettant en œuvre cette police, les gestionnaires et les établissements de Covenant se conforment à toutes les autres lois fédérales, étatiques et locales, les règles et règlements qui peuvent s'appliquer aux activités menées en vertu de la présente police..

Confidentialité :

Le personnel de Covenant s'engage à maintenir la confidentialité et la dignité individuelle de chaque patient. Covenant se satisfera de toutes les exigences HIPAA de traitement des renseignements personnels de santé.

Approbation et examen du conseil :

Cette police a été adoptée par le conseil d'administration de Covenant Medical Center, Inc. (le 22 Juillet, 2013), et doit être examiné par le conseil d'administration sur une base annuelle.

Polices/Procédures correspondantes : Escompte des charges liées à la police du patient

Date de prise d'effet : 01/07/01, 03/2004, 01/2007, 12/2008, 04/2009, 09/2012, 07/2013, 08/2014, 08/2015

Date de révision : 01/2016

Approbation :

Edward Bruff – Vice-président exécutif/COO

2016
Date