



MOUNT CARMEL

Gérance (financière)

N° de procédure :

NOM DE LA PROCÉDURE :
Assistance financière aux patients mardi du
Mount Carmel Health System

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :
1er août 2019

Révision annuelle par :
MCHS Revenue Cycle (Cycle des
recettes du MCHS)

SERVICE RESPONSABLE :
Revenue Cycle

DATE DE RÉVISION :
1^{er} juillet 2024

Contact dans le service :
Nikki Harper
Vice-présidente, Services commerciaux pour les
patients professionnels

OBJET :

Le Mount Carmel Health System (Système de santé Mount Carmel) est une communauté de personnes qui servent ensemble dans l'esprit de l'évangile, en tant que présence salvatrice, bienveillante et transformatrice au sein de nos communautés. Conformément à nos valeurs fondamentales, en particulier celle de l'Engagement envers les pauvres, nous apportons nos soins aux personnes dans le besoin et prêtons une attention spéciale aux plus vulnérables, notamment ceux qui ne sont pas en mesure de payer et ceux dont les moyens limités leur permettent difficilement de régler les dépenses de santé encourues. Le Mount Carmel Health System s'engage à :

- fournir l'accès à des services de santé de qualité avec compassion, dignité et respect des personnes que nous servons, en particulier les pauvres et les démunis au sein de nos communautés ;
- prendre soin de toutes les personnes, qu'elles aient ou pas les moyens de payer pour les services ;
- aider les patients qui ne peuvent pas payer une partie ou la totalité des soins dont ils bénéficient.

Cette procédure prévoit une assistance financière tout en tenant compte d'obligations fiscales plus larges et prend en charge les critères de Trinity Health concernant une assistance financière pour les services de santé d'un médecin, en soins de courte durée et post soins.

DÉFINITIONS :

Période de demande : elle commence le jour où les soins sont dispensés et se termine au plus tard 240 jours après la remise au patient du premier relevé de facturation après la sortie d'hôpital ou soit :

- i. à la fin de 30 jours après lequel les patients qui étaient admissibles pour un montant inférieur à l'assistance la moins généreuse disponible, selon le statut de soutien par présomption ou une admissibilité antérieure selon la FAP, doivent faire la demande d'une assistance plus généreuse ;
- ii. le délai prévu par avis écrit après lequel des mesures extraordinaires de recouvrement peuvent être lancées.

Montants généralement pratiqués (Amounts Generally Billed, « AGB ») : les montants généralement pratiqués pour des soins d'urgence ou médicalement nécessaires dispensés à des patients possédant une assurance couvrant ces soins. Les AGB pour les soins de courte durée et les honoraires des médecins du Mount Carmel Health System seront calculés annuellement en appliquant la méthode rétrospective du calcul de la somme des demandes Medicare réglées, divisée par le total des frais ou les frais « bruts » de ces demandes, par le System Office ou le Mount Carmel Health System, à partir des douze mois de demandes réglées avec un retard de 30 jours à partir de la date du rapport jusqu'à la dernière date de sortie.

Prix escomptés : une remise partielle du montant dû par les patients admissibles conformément à la FAP.

Émergent (niveau de service) : les services médicaux nécessaires pour un problème médical pouvant mettre la vie du patient en danger ou qui résulte de blessures graves et exige une attention médicale immédiate. En règle générale, ce problème médical est régi par la loi Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (Loi sur le traitement médical d'urgence et la population active ou EMTALA).

Équipe dirigeante (Executive Leadership Team, « ELT ») : le groupe composé des dirigeants de Trinity Health.

Mesures extraordinaires de recouvrement (Extraordinary Collection Actions, « ECA ») : elles comprennent les mesures suivantes prises par Mount Carmel Health System (ou un agent de recouvrement agissant pour son compte) :

- Repousser, refuser ou demander un paiement avant de dispenser des soins médicalement nécessaires en raison du non-règlement par un patient d'une ou de plusieurs factures pour des soins dispensés antérieurement et couverts par la FAP de l'hôpital. Si le Mount Carmel Health System exige le paiement avant de dispenser des soins à une personne qui a une ou plusieurs factures impayées, il sera présumé que cette exigence de paiement est liée au non-paiement de la ou des factures impayées de la personne concernée, sauf si le Mount Carmel Health System peut apporter la preuve qu'il exige le paiement de la part de cette personne en raison de facteurs autres que et sans rapport avec son non-paiement de factures antérieures.
- Signaler des créances impayées à des bureaux de crédit.

- Intenter des poursuites judiciaires pour obtenir un jugement (c.-à-d. saisie-arrêt sur salaire, interrogatoire du débiteur).
- Imposer des privilèges sur les biens des personnes.

Famille : selon la définition du U.S. Census Bureau (bureau de recensement des États-Unis), un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont apparentées par le fait d'une naissance, d'un mariage ou d'une adoption. Si un patient déclare une personne comme étant à charge dans sa déclaration d'impôt, conformément aux règles du Internal Revenue Service (autorités fiscales américaines), elle pourra être considérée comme étant à charge dans le cadre de la politique d'assistance financière du Mount Carmel Health System.

Revenu familial : le revenu familial d'une personne comprend les revenus de tous les adultes de la famille qui constituent le foyer. Pour les patients âgés de moins de 18 ans, le revenu familial comprend celui des parents et/ou beaux-parents ou de membres de la famille qui ont leur garde. Les revenus annuels des 12 mois antérieurs ou de l'année fiscale antérieure sont justifiés par les fiches de paie récentes ou les déclarations d'impôt et d'autres informations. La preuve des revenus peut être déterminée en annualisant le revenu familial en cumul annuel et en tenant compte du taux salarial en vigueur.

Politique d'assistance financière (Financial assistance policy, FAP) : une politique et une procédure écrites conformes aux exigences prévues par le paragraphe 1.501(r)-4(b).

Demande dans le cadre de la politique d'assistance financière (« FAP ») : les informations et les documents justificatifs qu'un patient fournit pour demander une assistance financière dans le cadre de la FAP du Mount Carmel Health System. Le Mount Carmel Health System peut obtenir des informations de la part d'une personne par voie écrite ou orale (ou une association des deux).

Assistance financière : le soutien (caritatif, remises, etc.) fourni aux patients qui auraient des difficultés à payer l'intégralité des services médicalement nécessaires fournis par le Mount Carmel Health System et qui satisfont les critères d'admissibilité pour une telle assistance.

Soins gratuits : une remise totale du montant dû par les patients admissibles conformément à la FAP.

HCAP : un programme étatique et fédéral géré par l'Ohio Department of Job and Family Services (Département de l'Emploi et des Services familiaux de l'Ohio) afin de respecter une obligation fédérale de mise en œuvre de paiements supplémentaires par le biais du programme Disproportionate Share (part disproportionnée ou DSH) dans les hôpitaux qui dispensent une part disproportionnée de services non remboursés à des habitants indigents et non assurés de l'Ohio, dont les revenus sont inférieurs ou égaux à 100 % du Federal Poverty Guideline Level (seuil fédéral de pauvreté) en vigueur et qui ne peuvent pas prétendre à Medicaid.

Revenus : les revenus couvrent les rémunérations, les salaires, les revenus d'une activité salariée et indépendante, les prestations de chômage, les indemnités d'accident du travail, les prestations de sécurité sociale, l'assistance publique, les prestations pour les anciens combattants, les pensions alimentaires, les bourses d'éducation, les prestations de survivants, les pensions, les revenus de retraite, les paiements réguliers d'une assurance et les paiements de

rente, le revenu issu du patrimoine et de trusts, les loyers perçus, les intérêts/dividendes et les revenus d'autres sources diverses.

Nécessité médicale : définie comme le prévoit le Medicaid Provider Manual (manuel du prestataire Medicaid) de l'État d'Ohio.

Politique : une déclaration d'orientation générale à propos de sujets d'importance stratégique pour Trinity Health ou une déclaration qui interprète en plus amples détails les documents constitutifs de Trinity Health. Les politiques du System peuvent être soit autonomes, soit des politiques qui sont des copies miroirs, désignées par l'organe d'approbation.

Résumé en termes clairs de la FAP : une déclaration écrite qui avise un patient que l'établissement hospitalier propose une assistance financière dans le cadre d'une FAP et fournit des informations complémentaires en termes clairs, concis et faciles à comprendre :

- une description brève des critères d'admissibilité et de l'assistance proposée dans le cadre de la FAP ;
- un résumé de la manière de faire une demande d'assistance dans le cadre de la FAP ;
- l'adresse directe du site internet (ou URL) et les lieux physiques où le patient peut se procurer des exemplaires de la FAP et du formulaire de demande de la FAP ;
- les consignes permettant au patient d'obtenir un exemplaire gratuit de la FAP et du formulaire de demande de la FAP par courrier ;
- les coordonnées, y compris le numéro de téléphone et l'adresse physique, du bureau ou du service de l'établissement hospitalier qui peut fournir des informations à propos de la FAP, ainsi qu'une assistance pour le processus de demande dans le cadre de la FAP ;
- une déclaration relative à la disponibilité de traductions de la FAP, du formulaire de demande de la FAP et du résumé en termes clairs de la FAP dans d'autres langues, le cas échéant ;
- une déclaration qu'un patient admissible dans le cadre de la FAP ne pourra pas être facturé plus que l'AGB pour des soins d'urgence ou autrement médicalement nécessaires.

Procédure : un document visant à mettre en œuvre une politique ou une description des actions ou processus spécifiques requis.

QHP : un régime d'assurance qui est certifié par le Health Insurance Marketplace (Bourse des assurances maladie), fournit des prestations de santé essentielles, respecte les limites établies en matière de partage des coûts (comme les franchises, le tiers payant et le montant maximal des frais à la charge du patient) et se conforme aux autres exigences prévues par l'Affordable Care Act (loi sur les soins abordables), à partir de 2014. Un régime d'assurance maladie admissible devra posséder une certification de chaque Marketplace (bourse) dans lequel il est vendu.

Regional Health Ministry (ministère régional de la Santé, « RHM ») : une filiale de premier rang (directe), une société affiliée ou une division opérationnelle de Trinity Health qui possède un organe directeur responsable de la gestion quotidienne d'une partie déterminée des opérations de Trinity Health System. Les RHM peuvent être basés sur un marché géographique, spécialisés pour un secteur de service ou une activité.

Zone de service : la liste des codes postaux composant le territoire de la bourse du Mount Carmel Health System et constituant une « communauté de besoins » pour les services de soins primaires. (Voir Annexe « A ».)

Normes ou lignes directrices : des consignes et des orientations supplémentaires qui permettent la mise en œuvre des procédures, notamment celles qui sont développées par des organismes d'accréditation ou des organismes professionnels.

Filiale : une entité légale dont le Mount Carmel Health System est l'unique membre corporatif ou l'unique actionnaire.

Patient non assuré : une personne qui n'est pas assurée, qui n'a pas de couverture tierce fournie par un assureur commercial, un plan ERISA (loi sur la sécurité des revenus de retraite des employés), un programme fédéral de soins de santé (y compris, sans exclusivité toutefois, Medicare, Medicaid, SCHIP et CHAMPUS), des indemnités d'accident du travail ou une autre assistance tierce pour couvrir la totalité ou une partie des frais de santé, y compris des demandes à l'encontre de tiers couvertes par une assurance à laquelle le Mount Carmel Health System est subrogé, mais uniquement si le paiement est réellement versé par la compagnie d'assurance en question.

Urgent (niveau de service) : les services médicaux pour un problème médical qui ne met pas la vie du patient en danger, mais qui nécessite des services médicaux rapides.

PROCÉDURE :

I. Critères d'admissibilité pour l'assistance financière

La Politique d'assistance financière (FAP) du Mount Carmel Health System répond aux besoins d'assistance financière et de soutien des patients pour tous les services admissibles, sans égard à leur race, croyance, sexe ou âge. L'admissibilité à l'assistance financière et au soutien est déterminée au cas par cas, à partir de critères spécifiques, et à partir de l'évaluation des besoins en soins de santé du patient et/ou de sa famille, de ses ressources financières et de ses obligations.

a. Services bénéficiant de l'assistance financière :

- i. Tous les services médicalement nécessaires, y compris les services médicaux et de soutien fournis par le Mount Carmel Health System, sont admissibles pour une assistance financière.
- ii. Les services de soins médicaux d'urgence seront fournis à tous les patients qui se présenteront aux urgences, qu'ils aient ou pas les moyens de payer. Ces soins médicaux se poursuivront jusqu'à ce que l'état du patient se soit stabilisé, avant de déterminer de quelconques dispositions en termes de paiement.

b. Services ne bénéficiant pas de l'assistance financière :

- i. Les services de chirurgie esthétique et d'autres procédures et services électifs qui ne sont pas médicalement nécessaires.
- ii. Les services qui ne sont pas dispensés et facturés par le Mount Carmel Health System (par ex. les services d'un médecin indépendant, les services d'une infirmière libérale, le transport par ambulance, etc.).
- iii. Le Mount Carmel Health System prendra des mesures positives pour aider les patients à faire des demandes auprès de programmes publics et privés. Le Mount Carmel Health System pourra refuser des moyens d'assistance financière subventionnés par Mount Carmel aux personnes qui ne coopéreront pas dans les démarches de demandes auprès de programmes pouvant régler leurs services de santé.
- iv. Les services qui sont couverts par un programme d'assurance auprès d'un autre prestataire, mais qui ne sont pas couverts par le Mount Carmel Health System, après que des efforts aient été mis en œuvre pour informer les patients des limites de couverture du programme d'assurance et sous réserve du respect des obligations prévues par la loi Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA).

c. Exigences en termes de résidence

- i. Le Mount Carmel Health System apportera une assistance financière aux patients qui résident dans les zones de service (voir Annexe « A ») et sont admissibles en vertu des lignes directrices de la FAP.

- ii. L'admissibilité à l'assistance financière sera déterminée en utilisant le code postal de la résidence principale du patient.
 - iii. L'assistance financière sera fournie aux patients situés en dehors de la zone de service définie qui sont admissibles au programme conformément à la FAP et qui se présentent avec un problème de santé urgent, émergent ou mettant leur vie en danger.
 - iv. Le Mount Carmel Health System apportera une assistance financière aux patients identifiés comme nécessitant les services des programmes de mission médicale étrangère, assurés par du personnel médical actif, pour lesquels une approbation préalable a été obtenue auprès du président du Mount Carmel Health System ou de la personne qu'il a désignée.
- d. Documents pour déterminer les revenus
- i. Les informations fournies par le patient et/ou sa famille au titre de l'assistance financière du Mount Carmel Health System doivent inclure les revenus du travail, y compris les rémunérations mensuelles brutes, les revenus d'une activité salariée et indépendante, les revenus qui ne sont pas issus du travail, comme une pension alimentaire, les prestations de retraite, des dividendes, des intérêts et des revenus d'autres sources ; le nombre de personnes à charge dans le foyer et d'autres renseignements demandés dans le formulaire de demande de la FAP, permettant de déterminer la situation financière du patient.
 - ii. On demandera éventuellement des pièces justificatives telles que les fiches de paie, les déclarations d'impôt et les antécédents en termes de crédit, afin de justifier les renseignements fournis, qui seront conservées avec le formulaire de demande rempli et l'évaluation. Le Mount Carmel Health System ne pourra pas refuser une assistance financière en raison de l'omission de renseignements ou de documents qui ne sont pas spécifiquement demandés par la FAP ou le formulaire de demande de la FAP.
 - iii. Le Mount Carmel Health System fournira aux patients qui déposent un formulaire de demande de la FAP incomplet un avis écrit, décrivant les renseignements et/ou documents complémentaires qui doivent être fournis sous 30 jours à compter de la date de l'avis écrit, afin de terminer la demande de la FAP. L'avis précisera les coordonnées des personnes à contacter pour des questions concernant les renseignements manquants. Le Mount Carmel Health System peut imposer des ECA si le patient ne fournit pas les renseignements et/ou documents manquants sous les 30 jours prévus pour le nouveau dépôt et qu'il s'est écoulé au moins 120 jours depuis que le Mount Carmel Health System a fourni le premier relevé de facturation pour les soins après la sortie d'hôpital. Le Mount Carmel Health System doit traiter la demande dans le cadre de la FAP si le patient fournit les renseignements et/ou documents manquants pendant la période de 240 jours de la demande (ou, si le traitement est entrepris plus tard, sous les 30 jours prévus pour le nouveau dépôt).

- iv. Les informations fournies par le patient et/ou sa famille pour l'assistance HCAP suivront les exigences du HCAP de l'État d'Ohio.
- e. Prise en compte des actifs du patient
 - i. La protection de certains types d'actifs et la protection de certains niveaux d'actif couvrent les éléments suivants :

Actifs protégés :

- Les capitaux propres dans une résidence principale : jusqu'à 50 % des capitaux propres jusqu'à 50 000 USD.
- Véhicules à usage professionnel.
- Outils et équipements à usage professionnel ; les équipements raisonnablement nécessaires pour maintenir une activité professionnelle.
- Biens à usage personnel (vêtements, appareils ménagers, mobilier).
- IRA (comptes de retraite individuels), 401K, retrait sur les plans de retraite générateurs de trésorerie.
- Les aides financières reçues dans le cadre d'urgences catastrophiques non médicales.
- Les trusts irrévocables réservés à des funérailles, des plans de services funéraires, et/ou
- Les plans d'épargne universitaires administrés par le gouvernement fédéral/l'État.

Tous les autres actifs seront considérés comme étant disponibles pour le paiement des frais de santé. Les actifs disponibles supérieurs à un certain seuil en liquidités peuvent être utilisés pour régler les frais médicaux (ou il est possible de compter l'excédent d'actif disponible comme un revenu de l'année en cours pour déterminer le niveau de remise à proposer au patient). Un montant minimum des actifs disponibles doit être protégé. Le montant minimum est actuellement fixé à 5 000 USD.

- f. Soutien par présomption
 - i. Le Mount Carmel Health System reconnaît que tous les patients ne sont pas en mesure de fournir des données financières complètes. Par conséquent, l'approbation pour une assistance financière peut être déterminée à partir d'informations disponibles limitées. Quand ce type de soutien est accordé, il est classé comme un « soutien par présomption ».
 - ii. Le modèle prédictif fait partie des efforts raisonnables qui seront employés pour identifier les patients pouvant prétendre à l'assistance financière, avant de lancer des mesures de recouvrement, c.-à-d. radiation comme créance douteuse et renvoi à une agence de recouvrement, pour le compte du patient. Ce modèle prédictif permet au Mount Carmel Health System d'identifier systématiquement les patients dans le besoin financier.
 - iii. Les cas basés sur la présomption sont par exemple :
 - les patients décédés sans patrimoine connu

- les sans-abris
 - les patients chômeurs
 - les services nécessaires médicalement et qui ne sont pas couverts, fournis à des patients admissibles pour les programmes d'assistance publique
 - les patients en faillite et
 - les membres d'organisations religieuses qui ont fait vœu de pauvreté et n'ont aucune ressource individuelle ou par le biais de leur ordre religieux.
- iv. Pour les patients qui ne répondent pas dans le cadre du processus de demande d'assistance, d'autres sources d'information, le cas échéant, devront être utilisées pour réaliser une évaluation individuelle des besoins financiers.
- v. Dans le but d'aider des patients dans le besoin financier, le Mount Carmel Health System pourra utiliser un tiers, qui entreprendra une analyse des données du patient afin d'évaluer ses besoins financiers. Cette analyse utilise un modèle prédictif, reconnu par le secteur des soins de santé, qui est fondé sur les bases de données contenant les dossiers publics. Ce processus permettra au Mount Carmel Health System d'évaluer si le patient présente les mêmes caractéristiques que d'autres patients qui par le passé, ont été admissibles pour l'assistance financière dans le cadre du processus traditionnel de demande. En l'absence de renseignements fournis directement par le patient et après que les efforts permettant de confirmer la disponibilité d'une couverture ont été épuisés, le modèle prédictif fournit une méthode systématique pour accorder l'admissibilité par présomption aux patients dans le besoin financier.
- vi. Si un patient n'est pas admissible dans le cadre du modèle prédictif, il pourra quand même fournir des pièces justificatives dans les délais prévus et être considéré au titre du processus traditionnel de demande d'assistance financière.
- vii. Les comptes des patients auxquels est accordé le statut de soutien par présomption seront régularisés au moyen des codes de transaction du *soutien financier par présomption*, lorsqu'il sera jugé que le compte concerné est irrécouvrable et avant le renvoi pour recouvrement ou la radiation comme créance douteuse. La remise accordée sera classée comme une assistance financière ; le compte du patient ne sera pas envoyé pour recouvrement et ne sera pas comptabilisé dans les créances irrécouvrables.
- viii. Le Mount Carmel Health System avisera les patients jugés admissibles pour un montant inférieur à l'assistance la plus généreuse disponible dans le cadre de la FAP qu'ils pourront faire la demande d'une assistance plus généreuse dans le cadre de la FAP sous 30 jours à compter de la date de l'avis. La décision qu'un patient ne peut prétendre qu'à un montant inférieur à l'assistance la plus généreuse est fondée sur le statut de soutien par présomption ou une décision antérieure d'admissibilité à la FAP. En outre, le Mount Carmel Health System peut imposer ou relancer des ECA si le patient ne fait pas la demande d'une assistance plus généreuse sous 30 jours à compter de la date de la notification, s'il s'est écoulé au moins 120 jours depuis que le Mount Carmel Health System a fourni le premier relevé de facturation pour les soins après la sortie d'hôpital. Le Mount Carmel Health System traitera une quelconque nouvelle demande dans le cadre de la FAP que le patient déposera avant la fin du délai de 240 jours de la

demande ou si c'est plus tard, avant les 30 jours prévus pour demander une assistance plus généreuse.

g. Délais pour déterminer l'admissibilité financière

- i. Tous les efforts devront être mis en œuvre afin de déterminer l'admissibilité du patient à l'assistance financière avant ou à la date de l'admission ou du service. Les demandes dans le cadre de la FAP doivent être acceptées à un quelconque moment pendant le délai prévu pour la demande. La période de demande débute le jour où les soins sont dispensés et se termine au plus tard 240 jours après la remise au patient du premier relevé de facturation après la sortie d'hôpital ou soit :
- i. à la fin du délai après lequel un patient qui est admissible pour un montant inférieur à l'assistance la moins généreuse disponible, selon le statut de soutien par présomption ou une décision d'admissibilité antérieure selon la FAP, et qui a fait la demande d'une assistance plus généreuse ; ou ii. le délai prévu par avis écrit après lequel des mesures extraordinaires de recouvrement peuvent être lancées.

Le Mount Carmel Health System peut accepter et traiter une demande dans le cadre de la FAP, déposée par une personne en dehors du délai prévu pour la demande, au cas par cas conformément aux niveaux d'approbation établis du Mount Carmel Health System.

- ii. Le Mount Carmel Health System (ou une autre partie autorisée) remboursera un quelconque montant réglé par le patient pour des soins qui est supérieur au montant dont il est personnellement responsable en tant que patient admissible à la FAP, sauf si ce montant en sus est inférieur à 5 USD (ou tout autre montant fixé par un avis ou d'autres lignes directrices publiées dans le Internal Revenue Bulletin). Le remboursement des paiements n'est obligatoire que pour des séries de soins auxquelles s'applique la demande dans le cadre de la FAP.
- iii. La décision d'assistance financière sera prise une fois que tous les efforts pour qualifier le patient pour une assistance financière gouvernementale ou d'autres programmes auront échoué.
- iv. Le Mount Carmel Health System s'efforcera de prendre la décision d'assistance financière dans les délais les plus brefs. Si d'autres avenues d'assistance financière sont en cours d'exploration, le Mount Carmel Health System devra communiquer avec le patient à propos des démarches et des délais prévus pour une décision et il ne tentera pas de lancer une procédure de recouvrement pendant que le processus décisionnel sera en cours.
- v. Une fois que la qualification pour l'assistance financière aura été déterminée, d'autres évaluations pour s'assurer que le patient continue à pouvoir y prétendre pour des services ultérieurs se poursuivront pendant un délai raisonnable. Les demandes d'assistance financière du Mount Carmel Health System sont valables pendant une période qui ne dépassera pas six (6) mois et concernent les soins de jour et les séjours hospitaliers. Les demandes pour les séjours hospitaliers à HCAP

sont valables pendant 45 jours à compter de la sortie d'hôpital et pour les soins de jour, pendant 90 jours à compter de la date d'admission. Il faudra remplir des demandes distinctes pour les soins de jour et les séjours hospitaliers.

h. Niveau d'assistance financière

i. Un pourcentage du seuil fixé par les Federal Poverty Guidelines (Lignes directrices du gouvernement fédéral ou FPG) (Annexe B) concernant la pauvreté, revues une fois par an, est utilisé afin de déterminer l'admissibilité du patient à l'assistance financière. Cependant, d'autres facteurs, précisés ci-dessus, pourraient aussi être pris en compte, comme la situation financière du patient et/ou sa capacité à payer, qui sont déterminés par la procédure d'évaluation.

ii. **Revenu familial inférieur ou égal à 200 % du seuil fixé par les lignes directrices de la Federal Poverty Income Guidelines :**

□ Une remise totale de l'ensemble des frais sera fournie aux patients non assurés dont le revenu familial est inférieur ou égal à 200 % du dernier seuil fixé par les Lignes directrices de la FPG.

iii. **Revenu familial compris entre 201 % et 400 % du seuil fixé par les lignes directrices de la FPG :**

- Une remise de 85 % de l'ensemble des frais, égale à la régularisation contractuelle moyenne des soins de courte durée pour Medicare du Mount Carmel Health System, sera fournie aux patients bénéficiant de soins de courte durée, dont le revenu familial est compris entre 201 % et 400 % du seuil fixé par les lignes directrices de la FPG. Le taux d'actualisation le plus élevé d'une installation individuelle sera utilisé dans l'ensemble du système. Taux d'actualisation Medicare par établissement :

Créances à solde nul au 31/5/2023
Période de sortie : 01/06/22 - 31/05/23

Nom des établissements	Total Frais Medicare (A)	Total Medicare contractuel (B)	Taux remise Medicare (B:A)
Mount Carmel East	\$232,894,354	\$180,179,754	77.4 %
Mount Carmel Grove City/West	\$120,784,243	\$92,400,637	76.5 %
Mount Carmel St. Ann's	\$190,052,486	\$148,521,809	78.1 %
Mount Carmel New Albany	\$89,368,333	\$70,167,944	78.5 %
Diley Ridge Medical Center	\$8,389,000	\$6,706,161	79.9 %

- Une remise de 51 % de l'ensemble des frais, égale à la régularisation contractuelle des honoraires des médecins pour Medicare du Mount Carmel Health System, sera fournie aux patients bénéficiant de soins ambulatoires, dont le revenu familial est compris entre 201 % et 400 % du seuil fixé par les lignes directrices de la FPG.
- Les montants de la régularisation contractuelle des soins de courte durée et les honoraires des médecins du Mount Carmel Health System seront calculés annuellement en appliquant la méthode rétrospective du calcul de la somme des demandes réglées divisée par le total des frais ou les frais « bruts » de ces demandes, par le System Office ou le Mount Carmel Health System, à partir des douze mois de demandes réglées avec un retard de 30 jours à partir de la date du rapport jusqu'à la dernière date de sortie.

11

- iv. Les patients assurés dont le revenu familial est inférieur ou égal à 200 % du seuil des Lignes directrices de la FPG seront admissibles à une assistance financière pour les montants du tiers payant, les franchises et les paiements de coassurance, sous réserve de l'absence de conflit avec les dispositions contractuelles de l'assureur du patient et d'une demande d'assistance financière.
- v. **Soutien pour les patients médicalement indigents / en situation catastrophique** : les patients médicalement indigents bénéficient aussi d'une assistance financière. L'indigence médicale survient si une personne n'est pas en mesure de payer une partie ou l'intégralité de ses factures médicales parce que ses frais médicaux sont supérieurs à un certain pourcentage de son revenu familial ou du revenu de son foyer (par exemple, en raison de frais ou de conditions catastrophiques), sans égard au fait qu'elle puisse avoir un revenu ou des actifs qui sont supérieurs en tout autre point aux plafonds des critères financiers d'admissibilité pour des soins gratuits ou escomptés dans le cadre de la FAP du Mount Carmel Health System. Les coûts ou les conditions catastrophiques surviennent en cas de perte d'emploi, décès du principal soutien de famille, de dépenses médicales excessives ou d'autres événements malheureux. L'indigence médicale ou les circonstances catastrophiques seront évaluées au cas par cas, en se basant sur les revenus du patient, ses dépenses et ses actifs. Si un patient assuré s'appuie sur des circonstances catastrophiques dans sa demande d'assistance financière, les dépenses médicales pour une série de soins dépassant 20 % de son revenu permettront d'admettre le tiers payant et les franchises au titre de soins caritatifs pour situation catastrophique. Les remises pour les soins aux patients médicalement indigents qui ne sont pas assurés ne seront pas inférieures à 85 %, montant égal à la régularisation contractuelle moyenne du Mount Carmel Health System pour Medicare des prestations dispensées ou à un montant qui permettra de réduire les frais médicaux catastrophiques du patient à 20 % par rapport à ses revenus. L'assistance financière pour les

12

patients médicalement indigents ou en situation catastrophique sera approuvée par le CFO (Directeur financier) de Mount Carmel Health System

ou la personne qu'il aura désignée et sera signalée au Directeur financier du System Office.

- vi. Il est reconnu qu'occasionnellement, il faudra fournir une assistance financière supplémentaire aux patients, en fonction de considérations individuelles. Ces considérations individuelles seront approuvées par le CFO de Mount Carmel Health System ou la personne qu'il aura désignée.

i. Comptabilité et présentation des rapports pour le soutien financier

- i. Conformément aux Principes comptables généralement acceptés, l'assistance financière fournie par le Mount Carmel Health System est consignée systématiquement et avec précision dans les états financiers comme une déduction du revenu dans la catégorie « Charity Care » (« Soins caritatifs »). Dans le cadre des rapports de Community Benefit (prestations communautaires), les soins caritatifs sont comptabilisés au coût estimé associé aux prestations de services de « Charity Care », conformément à la Catholic Health Association (Association catholique de soins).
- ii. Les lignes directrices suivantes permettent la comptabilisation aux états financiers de l'assistance financière :

12

- L'assistance financière apportée aux patients conformément aux dispositions du « Financial Assistance Program » (programme d'assistance financière), y compris la régularisation pour les montants généralement acceptés comme paiement pour les patients couverts par une assurance, sera comptabilisée dans la catégorie « Charity Care Allowance » (« Provision pour soins caritatifs »).
- La radiation des charges pour les patients qui n'ont pas été admis pour l'assistance financière dans le cadre de cette procédure et qui ne payent pas sera comptabilisée dans la catégorie « Bad Debt » (« Créances irrécouvrables »).
- Les remises pour paiement anticipé seront comptabilisées dans la catégorie « Contractual Allowance » (« Provision contractuelle »).
- Les comptes faisant initialement l'objet d'une radiation comme créance irrécouvrable, puis renvoyés ultérieurement par les agences de recouvrement, quand il a été déterminé que le patient satisfaisait les critères d'assistance financière, d'après les renseignements obtenus par l'agence de recouvrement, seront reclassés de « Bad Debt » (« Créances irrécouvrables ») en « Charity Care Allowance » (« Provision pour soins caritatifs »).

13

II. Aide aux patients éventuellement admissibles pour une couverture

- a. Le Mount Carmel Health System met en œuvre des mesures positives pour aider les patients à faire des demandes auprès de programmes publics et privés, auxquels ils peuvent prétendre et qui peuvent les aider à obtenir des services de santé et à les régler.

Une prime pourra également être accordée à titre discrétionnaire, conformément à la « Payment of QHP Premiums and Patient Payables Procedure » (« Procédure de paiement des primes QHP et patients créditeurs ») de Trinity Health.

- b. Le Mount Carmel Health System possède des procédures écrites et compréhensibles pour aider les patients à déterminer s'ils peuvent prétendre aux programmes d'assistance publique ou à l'assistance financière. Le personnel chargé de l'inscription des patients, de l'assistance à la clientèle et du recouvrement ont reçu une formation leur permettant d'aider les patients et de répondre à leurs questions.

III. Communications efficaces

- a. Le Mount Carmel Health System fournit aux patients des conseils financiers à propos de leurs factures de soin pour les services dont ils bénéficient et fait connaître l'existence de ces conseils.
- b. Le Mount Carmel Health System répond rapidement et avec courtoisie aux questions des patients à propos de leurs factures et de leurs demandes d'assistance financière.
- c. Le Mount Carmel Health System a un processus de facturation qui est clair, concis, correct et à l'écoute des patients.
- d. Le Mount Carmel Health System met à la disposition du public des informations spécifiques, dans un format compréhensible, concernant ses tarifs pour ses services, conformément aux lois de l'Ohio.
- e. Le Mount Carmel Health System a des panneaux d'affichage et des brochures qui fournissent des informations essentielles à propos du HCAP et de la Mount Carmel Financial Assistance dans des lieux publics, conformément aux lois de l'Ohio (voir Annexe C). Une copie de la Politique d'assistance financière est fournie à la date du service (sur demande) et est incluse dans tous les relevés adressés aux patients que leur envoie le Mount Carmel Health System.
- f. Le Mount Carmel Health System met à la disposition des patients un exemplaire sous format papier du résumé en termes clairs de la FAP, dans le cadre du processus d'admission ou de sortie. Le Mount Carmel Health System ne devra pas manquer de communiquer largement sa FAP parce qu'une personne refuse un résumé en termes clairs, proposé lors de l'admission ou avant la sortie ou indique qu'elle préférerait recevoir un résumé en termes clairs par voie électronique.
- g. Le Mount Carmel Health System met à la disposition des patients, sur demande, la FAP, un résumé en termes clairs de la FAP et le formulaire de demande dans le cadre de la

FAP, dans des lieux publics [au minimum, le service d'urgence (le cas échéant) et les zones d'admission] au sein du Mount Carmel Health System, par courrier et sur le site internet du Mount Carmel Health System. Une personne qui a accès à internet peut consulter, télécharger et imprimer une copie de ces documents sous format papier. Le Mount Carmel Health System fournira à une personne qui en fait la demande la méthode d'accès à une copie de la FAP, du formulaire de demande dans le cadre de la FAP ou du résumé en termes clairs de la FAP en ligne avec l'adresse directe du site internet, ou URL, où ces documents sont conservés.

- h. Le Mount Carmel Health System répertorie le nom des médecins, groupe de cabinets ou autres entités qui dispensent des soins d'urgence ou médicalement nécessaires dans le cadre du Mount Carmel Health System par le nom utilisé soit dans le contrat avec l'hôpital, soit pour facturer les patients les soins dispensés. Alternativement, le Mount Carmel Health System peut spécifier les prestataires en faisant référence au service ou au type de prestation si la référence précise clairement les prestations et les prestataires qui sont couverts dans le cadre de la FAP du Mount Carmel Health System. Mount Carmel Health System met également à disposition une liste de prestataires qui ne sont pas couverts par le FAP.
- h.1 Lien pour les prestataires couverts :
https://www.mountcarmelhealth.com/assets/documents/pricing_financial/mchs-fapparticipating-providers-6-24-21.pdf
- h.2 Lien pour les prestataires non couverts :
https://www.mountcarmelhealth.com/assets/documents/pricing_financial/mchs-fap-nonparticipating-providers-6-24-21.pdf
- i. Ces documents seront disponibles en anglais et dans la langue principale de toute population maîtrisant l'anglais de manière imparfaite et constituant soit 1 000 personnes, soit 5 % de la communauté desservie par le Mount Carmel Health System, selon lequel des deux est le chiffre le plus bas. La politique d'assistance financière, le formulaire de demande et le résumé en termes clairs sont traduits dans les langues suivantes : espagnol, somali, népalais, chinois, arabe, français, mandarin, japonais, russe, coréen et vietnamien.
- j. Le Mount Carmel Health System prend des mesures afin d'informer les membres de la communauté desservie par le Mount Carmel Health System à propos de la FAP. Ces mesures peuvent inclure, par exemple, la distribution de fiches d'information résumant la FAP à des agences publiques locales et des organisations à but non lucratif, qui prennent en charge les besoins de santé des populations à faible revenu de la communauté.
- k. Le Mount Carmel Health System comprend un avis écrit ostensible sur les relevés de facturation, qui avise et informe les destinataires de l'existence de l'assistance financière prévue par la FAP du Mount Carmel Health System. Il inclut le numéro de téléphone du service du Mount Carmel Health System qui peut fournir des informations à propos de la FAP, du processus de demande de la FAP et l'adresse du site internet direct (ou URL) où il est possible de se procurer un exemplaire de la FAP, du formulaire de demande dans le cadre de la FAP et du résumé en termes clairs de la FAP.

- i. Le Mount Carmel Health System évitera d'imposer des ECA jusqu'à ce que 120 jours se soient écoulés à partir du moment où il aura fourni au patient le premier relevé de facturation suite à la sortie d'hôpital pour la série de soins, y compris la série de soins la plus récente des factures impayées qui sont cumulées pour facturation au patient. Le Mount Carmel Health System s'assurera également que tous les contrats de fournisseur des partenaires commerciaux réalisant des activités de recouvrement contiendront une clause ou des clauses interdisant les ECA jusqu'à ce que 120 jours se soient écoulés à partir du moment où il aura fourni au patient le premier relevé de facturation suite à la sortie d'hôpital pour la série de soins, y compris la série de soins la plus récente des factures impayées qui sont cumulées pour facturation au patient.

- m. Le Mount Carmel Health System fournira aux patients un avis écrit précisant l'assistance financière mise à la disposition des patients admissibles, identifiant les ECA que le Mount Carmel Health System (ou toute autre partie autorisée) a l'intention d'imposer pour obtenir le paiement des soins et indiquant un délai au-delà duquel ces ECA pourront être lancées, qui ne sera pas inférieur à 30 jours à compter de la date de fourniture de l'avis écrit. Le Mount Carmel Health System inclura un résumé en termes clairs de la FAP à l'avis écrit et prendra toutes les mesures raisonnablement nécessaires pour informer le patient par voie orale de la FAP du Mount Carmel Health System et de la manière dont le patient peut obtenir une assistance au titre du processus de demande dans le cadre de la FAP.

- n. Dans le cas d'un report, d'un refus ou d'une demande de paiement des soins médicalement nécessaires, en raison du non-paiement par un individu d'une ou plusieurs factures pour des soins dispensés antérieurement et couverts par la FAP du Mount Carmel Health System, le Mount Carmel Health System pourra aviser la personne concernée de sa FAP moins de 30 jours avant le lancement des ECA. Toutefois, pour recourir à cette exception, le Mount Carmel Health System doit répondre à plusieurs conditions. Le Mount Carmel Health System doit :
 - i. fournir au patient un formulaire de demande dans le cadre de la FAP (pour s'assurer que le patient peut faire immédiatement sa demande, si nécessaire) et informer le patient par écrit de l'existence de l'assistance financière pour les personnes admissibles, ainsi que du délai, le cas échéant, après lequel l'établissement hospitalier n'acceptera plus et ne traitera plus une demande de FAP déposée par le patient pour les soins dispensés antérieurement qui sont concernés. Ce délai ne doit pas être inférieur soit à 30 jours à compter de la date de l'avis écrit, soit à 240 jours à compter de la date de fourniture du premier relevé de facturation suite à la sortie d'hôpital pour les soins dispensés antérieurement, selon le délai qui se termine en dernier. Ainsi, bien que l'ECA impliquant un report ou un refus de soins puisse intervenir immédiatement après la fourniture de l'avis écrit (et oral) prévu, le patient doit bénéficier d'au moins 30 jours après l'avis pour déposer une demande de FAP pour les soins dispensés antérieurement.

 - ii. Notifier le patient à propos de la FAP en lui fournissant un résumé en termes clairs de la FAP, en informant verbalement le patient de la FAP de

l'établissement hospitalier et des moyens permettant au patient d'obtenir une assistance dans le cadre de la procédure de demande de la FAP.

- iii. Traiter la demande de manière rapide, pour s'assurer que les soins médicalement nécessaires ne sont pas retardés inutilement si une demande est déposée.

Les efforts raisonnables modifiés exposés ci-dessus ne sont pas nécessaires dans les cas suivants :

- i. Si 120 jours se sont écoulés depuis la première facture suite à la sortie d'hôpital pour les soins dispensés antérieurement et si le Mount Carmel Health System a déjà informé le patient des ECA prévus.
 - ii. Si le Mount Carmel Health System avait déjà déterminé si le patient était admissible à la FAP pour les soins en question dispensés antérieurement, en fonction d'une demande complète de FAP et avait déterminé par présomption que le patient était admissible à la FAP pour les soins dispensés antérieurement.
- o. Le Mount Carmel Health System fournira une notification écrite précisant qu'aucune somme n'est due s'il est décidé qu'un patient peut prétendre à des soins gratuits.
 - p. Le Mount Carmel System fournira aux patients qui sont jugés admissibles à une assistance autre que les soins gratuits un relevé de facturation indiquant le montant à la charge du patient pour les soins en tant que patient admissible à la FAP. Ce relevé décrira également la méthode de calcul de ce montant ou précisera comment le patient peut obtenir des informations concernant le calcul de ce montant.

IV. Pratiques équitables de facturation et de recouvrement

- a. Les pratiques de facturation et de recouvrement du Mount Carmel Health System pour les obligations de paiement des patients sont justes, cohérentes et conformes aux réglementations de l'État et du gouvernement fédéral.
- b. Le Mount Carmel Health System a un plan de paiement à 0 % d'intérêt à court terme, avec des délais de paiement définis, basés sur le solde restant à régler, qui est à la disposition de tous les patients qui sont admissibles. Le Mount Carmel Health System propose également un programme de prêt pour les patients admissibles.
- c. Le Mount Carmel Health System a des procédures écrites qui exposent les situations et sous l'autorité de qui la dette du patient est transmise pour des activités de recouvrement externe, conformes à la présente politique.
- d. Les activités de recouvrement qui suivront pourront être réalisées par le Mount Carmel Health System et/ou par un agent de recouvrement ou un avocat pour son compte :
 - i. Communiquer avec les patients (téléphone, courrier, télécopie, courriel, etc.) et leurs représentants conformément à la Fair Debt Collections Act (loi sur le

- recouvrement juste des dettes), en identifiant clairement le Mount Carmel Health System. Les communications avec les patients seront également conformes aux réglementations relatives à la protection de la vie privée de l'HIPPA (loi sur la portabilité et la responsabilité en assurance maladie).
- ii. Demander le paiement de la part estimée de l'obligation de paiement du patient à la date du service, conformément aux réglementations de la loi EMTALA et des lois étatiques.
 - iii. Fournir un programme de prêt à faible taux d'intérêt pour le paiement des créances impayées chez les patients qui ont la capacité de payer, mais qui ne remplissent pas les critères pour un paiement à court terme.
 - iv. Communiquer les créances impayées aux Bureaux de crédit uniquement une fois que tous les aspects de la présente procédure ont été appliqués et après que des efforts raisonnables en termes de recouvrement ont été déployés, conformément à la FAP du Mount Carmel Health System.
 - v. Intenter des poursuites judiciaires contre les personnes qui ont les moyens de payer, mais refusent de payer ou n'y sont pas disposées. Les poursuites judiciaires peuvent aussi être intentées pour la part du montant impayé après l'application de la politique d'assistance financière du Mount Carmel Health System. Il faut obtenir l'approbation du Directeur financier du Mount Carmel Health System ou de la personne qu'il a désignée avant d'intenter des poursuites dans le but d'obtenir un jugement (c.-à-d. saisie-arrêt du salaire, interrogatoire du débiteur).
 - vi. Imposer des privilèges sur les biens des personnes qui ont les moyens de payer, mais refusent de payer ou n'y sont pas disposées. Les privilèges peuvent aussi être appliqués à la part du montant impayé après l'application de la politique d'assistance financière du Mount Carmel Health System. La mise en place de privilèges exige l'approbation du Directeur financier de Mount Carmel Health System ou la personne qu'il aura désignée. Les privilèges sur une résidence principale ne peuvent être exercés qu'à la vente du bien immobilier et protégeront une certaine valeur du bien, comme le prévoit la FAP du Mount Carmel Health System.
- e. Le Mount Carmel Health System (ou un agent de recouvrement agissant pour son compte) n'intentera pas de poursuites à l'encontre de la personne du débiteur, comme un mandat d'arrêt ou une ordonnance d'incarcération. Dans des cas extrêmes d'acte délibéré pour éviter le paiement ou de non-paiement d'un montant juste, alors que des ressources adéquates sont disponibles à ce titre, un tribunal pourra émettre une ordonnance ; en règle générale, le Mount Carmel Health System mettra tout d'abord en œuvre tous les efforts possibles pour convaincre les autorités publiques de ne pas intenter de procédure. En cas d'échec, le Mount Carmel Health System étudiera s'il est approprié d'interrompre les efforts de recouvrement pour éviter des poursuites contre la personne du débiteur.

- f. Le Mount Carmel Health System (ou un agent de recouvrement agissant pour son compte) prendra toutes les mesures possibles et raisonnables pour faire cesser les ECA relatives aux montants dont les patients admissibles à la FAP n'ont plus à s'acquitter.
- g. Le Mount Carmel Health System a approuvé des dispositions avec des agences de recouvrement et/ou des avocats, répondant aux critères suivants :
 - i. L'accord avec une agence de recouvrement doit être écrit.
 - ii. Ni le Mount Carmel Health System ni l'agence de recouvrement ne pourront à quelque moment que ce soit intenter des poursuites à l'encontre de la personne du débiteur, comme un mandat d'arrêt ou une ordonnance d'incarcération.
 - iii. L'accord définit les normes et le champ d'action des pratiques que les agents de recouvrement externes agissant pour le compte du Mount Carmel Health System pourront mettre en œuvre, devant tous être conformes à la présente procédure.
 - iv. L'agence de recouvrement ne pourra pas intenter d'action en justice sans l'autorisation écrite préalable du Mount Carmel Health System.
 - v. Les Trinity Health Legal Services (Services juridiques de Trinity Health) ont approuvé toutes les modalités et les conditions de l'engagement des avocats pour représenter le Mount Carmel Health System dans le recouvrement des comptes des patients.
 - vi. Toutes les décisions concernant la manière dont la demande doit être traitée par l'avocat, s'il faudra intenter un procès, s'il s'agira de négocier ou de régler la demande, si la demande devra être renvoyée au Mount Carmel Health System et tous les autres sujets liés au règlement de la demande par l'avocat seront prises par le Mount Carmel Health System, en consultation entre le Mount Carmel Health System et les CHE Trinity Health Legal Services.
 - vii. Toute demande de poursuites en justice pour obtenir un jugement (c.-à-d. privilège, saisie-arrêt, interrogatoire du débiteur) doit être approuvée par écrit au préalable au titre de chaque compte, par le représentant autorisé et approprié du Mount Carmel Health System, comme le prévoit la section V.
 - viii. Le Mount Carmel Health System se réserve le droit d'interrompre les actions de recouvrement à tout moment au titre d'un montant spécifique quelconque.
 - ix. L'agence de recouvrement accepte d'indemniser le Mount Carmel Health System en cas de violation quelconque des conditions de son accord écrit avec le Mount Carmel Health System.

V. *Mise en œuvre de politiques précises et cohérentes*

- a. Le Mount Carmel Health System forme les membres du personnel qui travaillent étroitement avec les patients (y compris ceux qui travaillent dans le service d'inscription et d'admission des patients, le service d'assistance financière, l'assistance à la clientèle, le service de la facturation et du recouvrement, les bureaux des médecins) en matière de

facturation hospitalière, assistance financière, politiques et pratiques de recouvrement et traitement de tous les patients avec dignité et respect, quelle que soit leur situation en termes d'assurance ou leur capacité à payer les services.

- b. Le Mount Carmel Health System honorera les engagements d'assistance financière approuvés dans le cadre de lignes directrices antérieures en matière d'assistance financière. À la fin de cette période d'admissibilité, le patient pourra être réévalué pour une assistance financière à partir des lignes directrices fixées par la présente procédure.

VI. Autres remises

- a. **Remises pour paiement anticipé** : le Mount Carmel Health System a un programme de remise pour paiement rapide qui est limité aux soldes égaux ou supérieurs à 200,00 USD et la remise ne sera pas supérieure à 20 % du solde à payer. La remise pour paiement rapide sera proposée à la date du service et comptabilisée en tant que régularisation contractuelle. Elle ne peut pas être comptabilisée dans la catégorie des soins caritatifs dans les états financiers.
- b. **Remises pour prise en charge personnelle des frais** : le Mount Carmel Health System pratique une remise standard sur les frais à la charge du patient de 25 % pour tous les patients en soins de courte durée qui prennent les frais à leur charge et ne sont pas admissibles pour une assistance financière (ex. >400 % du FPL) en fonction du taux commercial le plus élevé qui soit versé. Une remise standard pour la prise en charge personnelle des frais de 16 % sera accordée pour les patients d'un médecin.
- c. **Remises supplémentaires** : les régularisations supérieures aux pourcentages de remise précisés dans la présente procédure peuvent être faites au cas par cas, après une évaluation de la recouvrabilité du compte. Elles seront autorisées selon les niveaux d'approbation établis par le Mount Carmel Health System.

Si l'une quelconque des dispositions de cette FAP est contraire aux exigences des lois de l'État d'Ohio, celles-ci remplaceront la disposition contradictoire et le Mount Carmel Health System agira conformément à la loi en vigueur de l'État.

PORTÉE/APPLICABILITÉ

Cette procédure s'applique à tous les RHM de Trinity Health qui exploitent des hôpitaux sous licence possédant un statut d'exemption fiscale. Les organisations de Trinity Health qui n'exploitent pas des hôpitaux sous licence possédant un statut d'exemption fiscale peuvent mettre en place leurs propres procédures d'assistance financière des autres soins de santé qu'ils dispensent. Ils sont encouragés à utiliser les critères fixés dans la présente procédure FAP pour les guider.

Cette procédure est fondée sur une « copie miroir de la politique » de Trinity Health. Ainsi, tous les RHM et filiales de Trinity Health qui exploitent des hôpitaux sous licence possédant un statut d'exemption fiscale doivent adopter une procédure locale qui « reflète » (c.-à-d. qui soit identique

à) la procédure du System Office. Pour toute question à ce titre, s'adresser au Trinity Health Office of General Counsel.

SERVICE RESPONSABLE

Pour obtenir d'autres conseils à propos de cette procédure, s'adresser au VP, Revenue Cycle (Cycle des recettes), au Revenue Excellence Department.

PROCÉDURES CONNEXES ET AUTRES RESSOURCES

- Politique n° 1 de Trinity Health Revenue Excellence : « Financial Assistance to Patients (Assistance financière aux patients) » (« FAP »)
<http://intranet.trinityhealth.org/web/policies-procedures/table-of-contents#finance>
- Politique n° 2 de Trinity Health Revenue Excellence : « Payment of QHP Premiums and Patient Payables (Paiement des primes QHP et patients créditeurs) »
<http://intranet.trinityhealth.org/web/policies-procedures/table-of-contents#finance>
- Patient Protection and Affordable Care Act (loi sur la protection des patients et soins abordables) : Article statutaire 501(r)
- Régime H de l'Internal Revenue Service (autorités fiscales américaines) (Formulaire 990)
- Department of Treasury (Département du Trésor), Internal Revenue Service, exigences supplémentaires pour les hôpitaux de bienfaisance ; règle définitive : Volume 79, N° 250, Partie II, 26 CFR, Partie 1
- Politiques EMTALA des RHM individuels

Annexe A : Codes postaux des services MCHS

<W:\AC\Customer Service & Collections\HCAP MCFAMCH Service Area 2014.xlsx>

Annexe B : Lignes directrices relatives au seuil fédéral de pauvreté

[Lignes directrices relatives à la pauvreté | ASPE \(hhs.gov\)](#)

Annexe C : Lieux publics pour l'assistance financière

Le Mount Carmel Health System a des panneaux d'affichage et des brochures qui fournissent des informations essentielles à propos du HCAP et de la Mount Carmel Financial Assistance dans des lieux publics, conformément aux lois de l'Ohio. Cette annexe précise les lieux où ces informations sont affichées. Une copie de la Politique d'assistance financière est fournie à la date du service (sur demande) et est incluse dans tous les relevés adressés aux patients

que leur envoie le Mount Carmel Health System.

Sites d'inscription MCE :	Médecine	Diagnostic Westar
Service principal soins de jour	obstétrique Centre	Caisses
Imagerie	cardiaque	Centre Siegel
Urgences	2Tower	Clinique des femmes
Zangmiester	Médecine obstétrique/ maternelle et fœtale Anticoagulation	

Sites d'inscription MCW :

Centre d'examens		Caisses
4 Nord	Clinique soins de jour	IRM
Urgences	Médecine obstétrique/ maternelle et fœtale	Centre d'imagerie Big Run
Anti-Coagulation	Clinique des femmes	
	Clinique familiale MCSA	

Sites d'inscription MCSA :

Inscriptions		Centre de diagnostic
Centre de cancérologie	Soins des plaies	Clinique des femmes
	Urgences	Wedgewood

Spécialistes cardiovasculaires cliniques - St Ann's and Westbourne Anticoagulation

Sites d'inscription MCNA :

Inscriptions

Sites d'inscription MCGC :

Inscriptions

Centre médical Diley Ridge :

Inscriptions

Condition physique et santé Mount Carmel : Inscriptions

Services d'inscription des patients sans lien avec le service d'accès des patients :

Clinique de médecine obstétrique MCSA Implantation des labos soins de jour

Réadaptation cardiaque Kinésithérapie/Réadaptation East, Mill Run et Westar

Cardiologues de Columbus – East, West, Diley, Grove City, Dublin

APPROBATIONS

Révisé par : John O'Connell, Jeff Ellerbrock, Dan Powell

Approuvé par :

Mise en œuvre 08/01/2017 , mise à jour le 1/30/20, 06/24/21, 08/05/21, 08/10/21