



St. Vincent's Health System, Inc.
POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE
01/07/2024

POLITIQUE/PRINCIPES

La politique des Organisations désignées ci-dessous dans ce paragraphe (chacune étant désignées par le terme « l'Organisation ») vise à assurer une pratique socialement juste pour la fourniture de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires dans les établissements de l'Organisation) Cette politique est spécifiquement élaborée pour établir les conditions d'admissibilité à une aide financière des patients qui en ont besoin et qui bénéficient de soins de la part de l'Organisation. Cette politique s'applique à chacune des Organisation suivantes au sein de St. Vincent's Health System, Inc. :

St. Luke's-St. Vincent's HealthCare, Inc, dba Ascension St. Vincent's Southside ;
St. Vincent's Medical Center, Inc. dba Ascension St. Vincent's Riverside ;
St. Vincent's Medical Center-Clay County, Inc. dba, Ascension St. Vincent's Clay County
St. Vincent's Health System, Inc. dba Ascension St. Vincent's St. Johns County

1. Toutes les aides financières reflèteront notre engagement et notre estime de la dignité humaine et le bien commun, notre préoccupation particulière et notre solidarité envers les personnes vivant dans la pauvreté et d'autres personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers une équité de justice et de gestion.
2. Cette politique s'applique à tous les soins d'urgence et à d'autres soins médicalement nécessaires fournis par l'Organisation, comme les services des médecins employés et les services de santé comportementale. Cette politique ne s'applique pas aux frais pour les soins qui ne sont pas des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires.
3. La liste des prestataires pris en charge par la politique d'aide financière reprend la liste des prestataires dans les locaux de l'Organisation et précise si les soins sont couverts ou non par la Politique d'aide financière.

DÉFINITIONS

Aux fins de la présente Politique, les définitions suivantes s'appliquent :

- « **501(r)** » désigne l'Article 501(r) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) accompagnée des réglementations qui en découlent.
- « **Montant généralement facturé** » ou « **Amount Generally Billed ou AGB** » signifie, en ce qui concerne les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, le montant généralement facturé aux personnes bénéficiaires d'une assurance couvrant les soins en question.
- « **Communauté** » désigne les cinq (5) comtés de Floride du Nord-est, à savoir : Baker, Clay, Duval, Nassau, St. Johns et les dix (10) comtés de Géorgie du Sud-est qui comprennent : Appling, Bacon, Brantley, Camden, Charlton, Coffee, Glynn, Pierce, Ware et Wayne. Un Patient sera également considéré comme un membre de la Communauté de l'Organisation si les soins d'urgence et médicalement nécessaires dont il a besoin sont dans la continuité des soins d'urgence et

médicalement nécessaires reçus dans un autre établissement d'Ascension Health, dans lequel le patient a droit à une aide financière pour de tels soins d'urgence et médicalement nécessaires.

- « **Soins d'urgence** » désigne les soins pour traiter un problème médical qui se manifeste par des symptômes aigus d'une telle gravité (y compris des douleurs intenses) que l'absence d'aide médicale immédiate pourrait entraîner une atteinte fonctionnelle grave de l'organisme, le dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie du corps, voire mettre la santé de la personne en grand danger.
- « **Soins médicalement nécessaires** » désigne des soins (1) appropriés, cohérents et essentiels pour la prévention, le diagnostic ou le traitement de l'état d'un patient ; (2) la fourniture ou le niveau de service le plus approprié pour l'état du patient pouvant être fourni en toute sécurité ; (3) non fourni principalement pour la commodité du patient, de la famille du patient, du médecin ou de la personne qui s'occupe du patient et (4) plus susceptible d'entraîner un bénéfice pour le patient plutôt qu'un préjudice. Pour que les futurs soins programmés soient qualifiables comme des « soins médicalement nécessaires » les soins et le calendrier de soins doivent être approuvés par le médecin-chef de l'Organisation (ou son représentant). La détermination des soins médicalement nécessaires doit être faite par un prestataire agréé fournissant des soins médicaux au Patient et, à la demande de l'Organisation, par le médecin chargé de l'admission, le médecin traitant et/ou le Chef de service médical ou tout autre médecin -conseil (selon le type de soins recommandés). Si les soins demandés par un Patient pris en charge par cette politique sont jugés ne pas être médicalement nécessaires par le médecin-conseil, cette décision doit être confirmée par le médecin chargé de l'admission ou du médecin-conseil.
- « **Organisation** » désigne St. Vincent's Health System, Inc. et ses filiales contrôlées, notamment, sans s'y limiter, St. Luke's-St. Vincent's HealthCare, Inc, dba Ascension St. Vincent's Southside; St. Vincent's Medical Center, Inc. dba Ascension St. Vincent's Riverside; St. Vincent's Medical Center-Clay County, Inc. dba Ascension St. Vincent's Clay County, St. Vincent's Health System Inc., dba Ascension St. Vincent's St. Johns County
- « **Patient** » désigne les personnes qui reçoivent des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires au sein de l'Organisation et la personne qui est financièrement responsable des soins du patient.

Aide financière fournie

L'aide financière décrite dans cette section se limite aux patients qui résident dans la Communauté :

1. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'aide financière, les Patients dont le revenu est inférieur ou égal à 250% du revenu fédéral au niveau de la pauvreté (« FPL ») seront admissibles à des soins caritatifs à 100 % sur la partie des frais de services dont le Patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si ce patient est jugé admissible en vertu de l'évaluation de solvabilité (décrite au paragraphe 5 ci-dessous), ou s'il soumet une demande d'aide financière (une « Demande ») au plus tard le 240e jour après la première facture de sortie du patient et que la Demande est approuvée par l'Organisation. Le Patient sera admissible à une aide financière allant jusqu'à 100% s'il soumet la demande après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas, le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est alors limité au solde impayé après avoir pris en compte tout paiement effectué sur son compte. Un Patient admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés.

2. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'aide financière, les Patients dont les revenus sont supérieurs à 250 % du FPL, mais ne dépassant pas 400 % du FPL, bénéficieront d'une réduction dégressive sur la partie des frais des services fournis dont le Patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si ce Patient soumet une demande au plus tard le 240e jour après la première facture de sortie et si la demande est approuvée par l'Organisation. Le Patient sera admissible à l'aide financière sous forme de réduction à échelle variable s'il soumet la demande après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est limité au solde impayé après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du Patient. Un Patient admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés. La réduction dégressive est la suivante :
 - Les patients entre 251% du FPL et 300% du FPL seront aidés à hauteur de 90%
 - Les patients entre 301% du FPL et 350% du FPL seront aidés à hauteur de 85%
 - Les patients entre 351% du FPL et 400% du FPL seront aidés à 84%
3. Sous réserve d'autres dispositions de la présente politique d'aide financière, un Patient dont le revenu est supérieur à 400 % du FPL peut être admissible à une aide financière dans le cadre d'un « Examen des ressources » pour une réduction de frais pour les services fournis par l'Organisation sur la base de la totalité de la créance médicale du Patient. Un Patient sera admissible à une aide financière après l'examen de ses ressources, s'il présente une créance médicale totale trop élevée, y compris une créance médicale envers Ascension et tout autre prestataire de soins de santé, pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, égale ou supérieure au revenu brut du ménage de ce patient. Le niveau de l'aide financière fourni dans le cadre de l'examen des ressources est le même que celui qui est accordé à un patient dont les revenus sont 400 % le FPL en vertu du paragraphe 2 ci-dessus, si ce Patient soumet une demande au plus tard le 240e jour suivant la première facture de sortie et si la demande est approuvée par l'Organisation. Le Patient sera admissible à l'aide financière sous forme de réduction après examen des ressources, s'il soumet la demande après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est limité au solde impayé après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du Patient. Un Patient admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés.
4. Un Patient peut ne pas être admissible à l'aide financière décrite aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus si ce Patient est considéré comme ayant des actifs suffisants pour payer, suite à un « Test de l'actif ». Le Test de l'actif implique une évaluation substantielle de la capacité de paiement du Patient sur la base des catégories d'actifs mesurées dans la demande de FAP. Un Patient dont les actifs dépassent 250% du montant de son FPL peut ne pas avoir droit à une aide financière.
5. L'admissibilité à l'aide financière peut être déterminée à tout moment dans le cycle de revenus et peut inclure l'utilisation d'une évaluation de solvabilité pour un Patient ayant un solde impayé suffisant dans les 240 premiers jours suivant la première facture de sortie afin de déterminer l'admissibilité à 100% des soins caritatifs, nonobstant le fait que le Patient n'ait pas rempli de demande d'aide financière (³« demande de FAP »). Si le Patient bénéficie d'une aide caritative

à 100% sans soumettre de demande de FAP dûment remplie et uniquement par le biais d'une évaluation de solvabilité, le montant de l'aide financière auquel le Patient a droit est limité au solde impayé du patient, après prise en compte de tout paiement effectué sur son compte. Une détermination de l'admissibilité basée sur une évaluation de solvabilité ne s'applique qu'à la période de soins pour laquelle l'évaluation de solvabilité est effectuée.

- a. Afin d'aider les patients qui ont besoin d'une aide financière, St. Vincent's HealthCare peut recourir à un tiers pour examiner les informations du patient afin d'évaluer l'admissibilité à l'aide financière à 100%. Cet examen utilise un modèle prédictif reconnu par le secteur de la santé qui s'appuie sur des bases de données publiques. Le modèle intègre des données issues du domaine public pour calculer un score de capacité socio-économique et financière qui comprend l'estimation des revenus, des actifs et des liquidités. L'ensemble des règles qui régit le modèle est conçu pour évaluer chaque patient selon les mêmes normes, et il est étalonné par rapport aux approbations antérieures des soins caritatifs à 100% pour le ministère de la Santé. Ce modèle prédictif permet au Ministère de la santé de déterminer si un patient est semblable à d'autres patients qui ont précédemment bénéficié de soins caritatifs à 100% au titre de la demande de FAP.
 - b. Après des mesures visant à confirmer la disponibilité de la prise en charge, le modèle prédictif fournit une méthode systématique pour octroyer les soins caritatifs à 100% présumés aux patients qui ont la nécessité financière correspondante. Lorsque la modélisation prédictive est la base de l'admissibilité présumée, des soins caritatifs à 100% seront octroyés en fonction du score pour les services admissibles, uniquement applicable à des dates rétrospectives.
 - c. Si un patient bénéficie d'une aide caritative à 100% sans soumettre de demande de FAP dûment remplie et uniquement par le biais d'une évaluation de solvabilité, le montant de l'aide financière auquel le patient a droit est limité au solde impayé du patient, après prise en compte de tout paiement effectué sur son compte.
 - d. Dans le cas où un patient n'est pas qualifié en vertu de l'ensemble des règles d'admissibilité présumée, il pourra néanmoins être considéré pour bénéficier de l'aide financière au titre d'une demande de FAP.
6. En plus de l'utilisation du modèle prédictif détaillé ci-dessus, l'aide financière présumée doit également être fournie au titre de la prise en charge caritative à hauteur de 100% dans les cas suivants :
- a. Patients décédés lorsque le Ministère de la santé a certifié qu'il n'existe pas de succession ni aucun(e) époux/épouse survivant(e).
 - b. Les patients qui sont admissibles au programme Medicaid d'un autre État dans lequel le Ministère de la santé n'est pas un prestataire participant et n'a pas l'intention de le devenir.

- c. Les patients qui se qualifient à d'autres programmes d'aide gouvernementale, comme des coupons alimentaires, un logement subventionné ou un programme destiné aux femmes, nourrissons et enfants (Women, Infants and Children ou WIC) ;
 - d. Les patients qui sont bénéficiaires de Medicaid qui reçoivent des services non couverts par Medicaid ; et
 - e. Les patients qui sont bénéficiaires de Medicaid et qui ont épuisé toutes les limites de durée des séjours.
7. Dans le cas d'un Patient affilié à certains programmes d'assurance qui considèrent l'Organisation comme « hors réseau », l'Organisation pourra réduire ou refuser l'aide financière qu'elle accorderait en temps normal au Patient sur la base d'une évaluation des informations d'assurance du patient et d'autres faits et circonstances pertinents.
8. Les patients qui sont admissibles à l'aide financière se verront peut-être facturer une somme forfaitaire symbolique de maximum \$ 20,00 par service que leur auront fournis les cabinets d'Ascension Medical Group. Le forfait nominal ne dépassera pas le montant AGB pour les services.
9. Le Patient peut faire appel de tout refus d'admissibilité à l'aide financière en fournissant des informations supplémentaires à l'Organisation dans les quatorze (14) jours civils suivant la réception de la notification de refus. Tous les recours seront examinés par l'Organisation qui émettra une détermination finale. Si la détermination finale confirme le précédent refus de l'aide financière, une notification écrite sera envoyée au Patient. La procédure à suivre par les patients et les familles pour faire appel des décisions de l'Organisation concernant l'admissibilité à l'aide financière est la suivante :
- a. Les recours concernant l'aide financière peuvent être envoyés aux Bureau HOPE d'Ascension St. Vincent (adresses ci-dessous). Les patients doivent fournir tous les documents supplémentaires possibles pour étayer le motif de leur recours.

Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, Ga 31193

- b. Tous les recours seront examinés par le comité de recours de l'aide financière de l'Organisation, et les décisions du comité seront envoyées par écrit au Patient ou à la famille qui a déposé le recours.

Autre aide pour les patients non admissibles à l'aide financière

Les Patients qui ne sont pas admissibles à l'aide financière comme décrit ci-dessus peuvent toujours avoir recours à d'autres types d'assistance fournis par l'Organisation. Par souci d'exhaustivité, ces autres types d'assistance sont repris ici, bien qu'ils ne soient pas liés aux besoins et ne fassent pas l'objet de la Section 501(r), mais ils sont inclus ici pour faciliter la démarche au sein de la communauté desservie par l'Organisation.

1. Les Patients non assurés qui ne sont pas admissibles à une aide financière bénéficieront d'une réduction en fonction de la réduction octroyée au payeur de la part la plus élevée pour cette Organisation. Le payeur de la part la plus élevée doit représenter au moins 3% de la population de l'Organisation mesurés en termes de volume ou de revenus bruts des patients. Si un seul payeur ne représente pas ce niveau minimum de volume, il sera procédé à la moyenne de plus d'un contrat payeur afin que les modalités de paiement utilisées pour la détermination de la moyenne de compte représentent au moins 3% du volume des activités de l'Organisation pour l'année donnée.
2. Les Patients non assurés et assurés qui n'ont pas droit à une aide financière peuvent bénéficier d'une réduction pour paiement rapide. La réduction pour paiement rapide peut être offerte en plus de la réduction non assurée décrite dans le paragraphe précédent.

Limitations sur les frais des Patients admissibles à l'aide financière

Les Patients admissibles à une aide financière ne seront pas individuellement facturés un montant supérieur à l'AGB pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicaux indispensables ni de frais supérieurs aux frais bruts pour d'autres soins médicaux. L'Organisation calcule un ou plusieurs pourcentages de l'AGB en appliquant la méthode dite « rétrospective » et en incluant le programme de « rémunération à l'acte » de Medicare ainsi que toutes les assurances de santé privées qui versent des indemnités à l'Organisation, conformément à 501(r). Une copie en libre utilisation de la description de calcul de l'AGB et du/des pourcentage(s) peut être obtenue sur le site web de l'Organisation sur <https://healthcare.ascension.org/Financial-Assistance/Florida> ou par écrit :

Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, Ga 31193

Souscription à l'aide financière ou à une autre aide

Un Patient peut être admissible à l'aide financière via le système de notation présumée ou en sollicitant la souscription par l'envoi du formulaire de Demande de FAP. La Demande de FAP et les instructions de demande de FAP sont disponibles sur le site web de l'Organisation sur <https://healthcare.ascension.org/Financial-Assistance/Florida> ou par écrit :

Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, Ga 31193



L'Organisation demandera aux personnes non assurées de travailler avec un conseiller financier pour demander à bénéficier de Medicaid ou d'autres programmes d'aide publique, pour lesquels le patient est considéré comme potentiellement admissible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est admissible et approuvé par une évaluation de solvabilité). Un Patient peut se voir refuser une aide financière s'il fournit de fausses informations sur une Demande de FAP ou dans le cadre du processus d'admissibilité et d'évaluation de solvabilité, s'il refuse de céder le produit de l'assurance ou le droit d'être payé directement par une compagnie d'assurance qui pourrait être obligée de payer pour les soins fournis, ou s'il refuse de travailler avec un conseiller financier pour demander à bénéficier de Medicaid ou autres programmes d'assistance publique pour lesquels il est considéré comme potentiellement éligible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est éligible et approuvé par évaluation de solvabilité). L'Organisation peut prendre en considération une Demande de FAP remplie moins de six mois avant toute date de détermination de l'admissibilité pour prendre une décision sur l'admissibilité pour la période de soins en cours. L'Organisation ne prendra pas en considération une Demande de FAP remplie plus de six mois avant toute date de détermination de l'admissibilité.

Facturation et recouvrement

Les actions que l'Organisation peut entreprendre dans le cas d'un défaut de paiement sont décrites dans une politique séparée concernant la politique de facturation et de recouvrement. Une copie en libre utilisation de la politique de facturation et de recouvrement peut être obtenue sur le site web de l'Organisation sur <https://healthcare.ascension.org/Billing/Florida> ou par écrit à :

Ascension St. Vincent's
PO Box 932886
Atlanta, Ga 31193

Interprétation

Sauf indication contraire, cette politique, ainsi que toutes les procédures applicables, visent à se conformer à l'Article 501(r) et doivent être interprétées et appliquées conformément à celui-ci.