



ASCENSION SOUTHEAST MICHIGAN

POLITIQUE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

1er juillet 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 indispensables dans les établissements de l'Organisation. Cette politique est spécifiquement élaborée pour établir les conditions d'admissibilité à une aide financière des patients ayant besoin d'une aide financière et qui bénéficient de soins de la part de l'Organisation. Cette politique s'applique à chacune des Organisations suivantes au sein d'Ascension Southeast Michigan :

Ascension Providence Hospital-Novi Campus, Ascension Providence Hospital-Southfield Campus, Ascension St. John Hospital, Ascension Macomb-Oakland Hospital-Warren Campus, Ascension Macomb-Oakland Hospital-Madison Heights Campus, Ascension River District Hospital, and Ascension Brighton Center for Recovery.

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 envers d'autres personnes vulnérables ainsi que notre engagement envers une notion de justice et de gérance équitables.
2. Cette politique s'applique à tous les services d'urgence et à d'autres soins médicaux indispensables 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 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 établissements 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 la Section 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 ou autres soins médicaux indispensables, le montant généralement facturé aux personnes bénéficiaires d'une assurance couvrant les soins en question.



« **Communauté** » pour Ascension Southeast Michigan désigne la ville de Detroit, et les comtés de Wayne, Macomb, Oakland et St. Clair. 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 assistance financière pour de tels soins d'urgence et médicalement nécessaires.

- « **Soins d'urgence** » désigne le traitement d'une affection médicale se manifestant par des symptômes aigus d'une gravité telle (y compris, douleur intense, troubles psychiatriques et symptômes d'abus de substances) que l'absence d'une prise en charge médicale immédiate pourrait vraisemblablement :
 - a) Mettre en grand danger la santé de la personne (ou, dans le cas d'une femme enceinte, la santé de la maman ou du futur bébé) ;
 - b) Entraîner un grave trouble d'une quelconque fonction corporelle ;
 - c) Entraîner un grave dysfonctionnement d'un organe ou d'une partie du corps ; ou
 - d) Dans le cas d'une femme enceinte ayant des contractions :
 - i. Laisser un délai insuffisant pour assurer un transfert en toute sécurité vers un autre hôpital avant l'accouchement ; ou
 - ii. Le transfert pourrait menacer la santé ou la sécurité de la maman ou du futur bébé.
- « **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 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 référant et/ou le médecin-chef ou tout autre médecin régulateur (selon le type de soins recommandés). Dans le cas où les soins demandés par un Patient pris en charge par cette politique sont jugés ne pas être médicalement indispensables par le médecin chargé d'étudier sa demande, cette détermination doit être confirmée par le médecin à l'origine de son admission ou de la recommandation.
- « **Organisation** » signifie Ascension Southeast Michigan.
- « **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'assistance financière, les Patients dont le revenu est inférieur ou égal à 250 % du revenu fédéral au niveau de la pauvreté (« FPL »), seront éligibles 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'assistance 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 aura droit 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'assistance financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés.

2. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'assistance 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 aura droit 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'assistance financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés. La réduction à échelle variable est la suivante :

Les patients entre 251 % et 275 % de FPL recevront une assistance de 95 %

Les patients entre 276 % et 300 % recevront une assistance de 85 %

Les patients entre 301 % et 350 % de FPL recevront une assistance de 80 %

Les patients entre 351 % et 375 % de FPL recevront une assistance de 75 %

Les patients entre 376 % et 400 % de FPL recevront une assistance de 70 %

3. Sous réserve d'autres dispositions de la présente politique d'assistance financière, un Patient dont le revenu est supérieur à 400 % du FPL peut être éligible pour une assistance financière dans le cadre d'un « examen de 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 aura droit à une assistance 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'assistance 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 aura droit à l'aide financière sous forme de réduction après examen de 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'assistance financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés.

4. Un Patient peut ne pas être éligible à l'assistance financière décrite aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus si ce Patient est considéré comme ayant des actifs suffisants pour payer, suite à un « bilan des actifs ». Le bilan des actifs 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'éligibilité pour 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'éligibilité à 100 % des soins caritatifs, nonobstant le fait que le Patient n'ait pas rempli de demande d'aide financière (« demande FAP »). Si le Patient bénéficie d'une aide caritative à 100 % sans soumettre de demande FAP dûment remplie et uniquement par le biais d'une évaluation de solvabilité, le montant de l'assistance 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'éligibilité basée sur une évaluation de solvabilité ne s'applique qu'à la période de soins pour laquelle l'évaluation de solvabilité est effectuée.
6. 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.
7. 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'éligibilité à l'aide financière est la suivante :
 - a. Dès réception du refus de prise en charge caritative, le Patient recevra également un formulaire de recours au cas où le Patient choisit de solliciter la reconsidération de sa demande. Le recours sera présenté au Charity Care Appeal Committee lors d'un processus d'examen mensuel, et le Patient recevra une détermination d'appel basée sur la décision de l'examen du Comité.
 - b. Tous les appels seront examinés par le comité d'appel de l'assistance financière de l'Organisation, et les décisions du comité seront envoyées par écrit au Patient ou à la famille qui a déposé l'appel.



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 la section 501(r). Un exemplaire gratuit de la description du calcul de l'AGB et des pourcentages peut être obtenu en envoyant une demande écrite à l'adresse suivante :

Ascension St. John Hospital
3179 Solution Center
Chicago, IL 60677-3001

Souscription à l'aide financière ou à une autre assistance

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 souscription au FAP. La demande FAP et les instructions de demande FAP sont disponibles sur le site web de l'Organisation ou en appelant le (877)809-6191. 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 éligible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est éligible 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 FAP ou dans le cadre du processus d'éligibilité par 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 FAP remplie moins de six mois avant toute date de détermination de l'éligibilité pour prendre une décision sur l'éligibilité pour la période de soins en cours. L'Organisation ne prendra pas en compte une demande FAP remplie plus de six mois avant toute date de détermination de l'éligibilité.

Facturation et recouvrement

Les actions que l'Organisation peut mener dans le cas d'un défaut de paiement sont décrites dans une politique séparée concernant la facturation et le recouvrement. Une copie en libre utilisation peut être obtenue sur le site Web de l'Organisation ou en faisant la demande à :

Ascension St. John Hospital
3179 Solution Center
Chicago, IL 60677-3001

Interprétation

Cette politique, ainsi que toutes les procédures applicables, sont destinées à se conformer à la Section 501(r) et doivent être interprétées et appliquées conformément à celui-ci, sauf indication contraire.