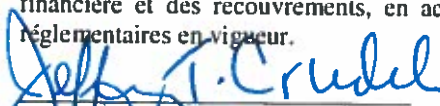




**Intitulé : Politique d'aide financière et de recouvrement**  
**En vigueur au 1er janvier 2018**  
**Politique de cycle des revenus**  
**Dernière révision : 1<sup>er</sup> janvier 2018**

**Statut : Approuvé**  
**Date de révision : 1<sup>er</sup> janvier 2019**  
**Date d'expiration : S/O**

**Énoncé de la politique :** Le programme d'aide financière doit être appliqué de manière uniforme et cohérente dans l'ensemble du réseau de Allegheny Health Network (AHN). Des processus ont été mis en place pour garantir une gestion efficace de l'aide financière et des recouvrements, en accord avec le système de contrôle interne AHN et en conformité avec les exigences réglementaires en vigueur.

  
Signature/ Date  
Directeur financier

  
Signature/ Date  
Directeur du cycle des revenus

## **I. Objectif**

Cette politique a pour objectif de définir les critères d'admissibilité selon le revenu, le type d'aide financière octroyée, ainsi que les services inclus ou exclus en vertu de cette politique. La politique énonce la procédure selon laquelle un patient doit demander une aide financière (parfois appelée aide sociale ou de charité).

L'aide sociale n'est pas considérée comme un substitut à la responsabilité personnelle. Nous attendons des patients qu'ils coopèrent et suivent les procédures du réseau Allegheny Health Network pour obtenir une aide financière ou aide sociale de charité, et pour contribuer au paiement de leurs soins selon leur capacité pécuniaire individuelle. Les personnes ayant la capacité financière d'acquiescer une assurance santé doivent être encouragées à le faire afin de leur garantir un accès aux soins, pour leur propre santé ainsi que pour la protection de leurs actifs individuels.

## **II. Politique**

Les hôpitaux et les médecins du réseau Allegheny Health Network s'engagent à améliorer la santé de leurs patients et citoyens de l'ouest de la Pennsylvanie. Des exigences additionnelles relatives aux soins et services de la région de Westfield, NY sont présentées à l'annexe E. Allegheny Health Network a pour politique d'offrir des soins médicaux à tous les patients, y compris ceux qui ont des difficultés pécuniaires en raison de revenus limités. Conformément à sa mission visant à offrir des soins de santé abordables de qualité et à défendre les personnes les plus démunies, Allegheny Health Network met tout en œuvre pour que la capacité financière des patients ne les empêche pas de solliciter ni de recevoir des soins médicaux. Allegheny Health Network fournira sans discrimination des soins médicaux d'urgence à toute personne les nécessitant, peu importe leur éligibilité à l'aide financière ou à l'aide gouvernementale. Les hôpitaux concernés sont l'hôpital général Allegheny, l'hôpital Allegheny Valley, l'hôpital Canonsburg, l'hôpital Forbes, l'hôpital Jefferson, l'hôpital Saint-Vincent, l'hôpital West Penn et l'hôpital Westfield Memorial. Cette politique d'aide financière s'applique à tous les soins d'urgence et tous les services médicaux essentiels dispensés par les hôpitaux. Ceci comprend également les soins fournis dans les hôpitaux par toute entité substantiellement liée (telle que définie par l'IRS).

### **Lignes directrices**

La politique d'aide financière et de recouvrement d'Allegheny Health Network a été mise au point conformément au texte sur les exigences liées aux dettes irrécouvrables de Medicare et Medicaid (42 CFR SS13.89) et au Manuel de remboursement du prestataire Medicare (partie 1, chapitre 3) ? Cette politique se réfère également à la section 501© de l'Internal Revenue Code, comme l'exige le paragraphe 9007(1) de la loi fédérale sur la protection des patients et les

soins abordables (Pub. L No. 111-148), avec la règle finale émise par l'IRS et le Département du Trésor le 29 décembre 2014 (publiée dans le Registre fédéral du 31 décembre 2014).

### **III. Définitions**

**ACA ou Affordable Care Act**—L'ACA s'adresse aux personnes qui ne sont pas en mesure d'acquérir une assurance santé. Il vise également les personnes sous-assurées, à savoir les personnes qui bénéficient d'une couverture de soins de santé qui ne les protège pas adéquatement en cas de frais médicaux élevés.

**Soins de charité** — Prise en charge partielle ou intégrale des frais de santé pour les soins administrés aux patients (par l'hôpital AHN et les médecins employés), déterminé selon l'admissibilité du patient, en fonction des critères de qualification AHN.

**Actions de recouvrement** — En accord avec le Conseil d'administration, Allegheny Health Network peut recourir à des agences de recouvrement tierces ou à d'autres entités juridiques afin d'obtenir, par des efforts raisonnables de recouvrement, le paiement des frais médicaux par le patient.

**Situation médicale d'urgence** — Défini au sens de l'article 1867 de la loi américaine sur la sécurité sociale (42 U.S.C. 1395dd). Une situation médicale d'urgence est définie comme un état de santé aux symptômes aigus suffisamment sévères (notamment des douleurs intenses, des troubles psychiatriques et/ou des symptômes de toxicomanie) pour qu'il soit raisonnable de penser que l'absence de soins médicaux immédiats entraînerait (i) une atteinte grave à la santé de l'individu (ou chez une femme enceinte, à la santé de la mère ou du fœtus), (ii) une altération grave des fonctions corporelles, ou (iii) un dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie du corps.

**Mesures de recouvrement extraordinaires**—Les mesures de recouvrement extraordinaires, conformément à l'article 501(r) du Code des impôts aux États-Unis, sont définies comme suit :

- Céder la dette à une autre partie, sauf sous certaines exceptions ;
- Signaler des informations défavorables aux agences d'évaluation du crédit à la consommation ou aux bureaux de crédit ;
- Prendre des mesures nécessitant un processus juridique ou judiciaire, y compris mais sans s'y limiter :
  - User d'un privilège sur une propriété (avec l'exception mentionnée ci-dessous)
  - Saisir des biens immobiliers
  - Saisir un compte bancaire ou tout autre bien personnel
  - Entamer une action au civil
  - Provoquer l'arrestation d'une personne
  - Soumettre à un individu l'acte de saisie d'un bien
  - Saisir une partie du salaire

**Famille** —Selon la définition du Bureau de recensement américain, il s'agit d'un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont liées par la naissance, le mariage ou l'adoption. Selon le règlement de l'Internal Revenue Service, si le patient déclare une personne à sa charge sur sa déclaration de revenus, cette personne peut aussi être considérée à charge dans le cadre d'une demande d'aide financière.

**Revenu familial**—Le revenu familial comprend les salaires, les indemnités de chômage, les pensions alimentaires et autres, les pensions de soutien médical, les prestations de sécurité sociale, les indemnités d'invalidité, les pensions ou revenus de retraite, les revenus locatifs et de redevance, les revenus octroyés à la suite d'un jugement, les dividendes et les intérêts créditeurs. Sont exclus du revenu familial : le capital propre d'une résidence principale, les comptes de régimes de retraite, les fiducies irrévocables à des fins d'inhumation, et les régimes d'épargne collégiaux administrés par le gouvernement fédéral ou par l'État. Pour les patients de moins de 18 ans, le revenu familial comprend celui des parents et/ou des beaux-parents ou partenaires des parents s'ils ne sont pas mariés, qui résident ou non avec le mineur.

**Lignes directrices fédérales sur la pauvreté**— Ces directives sont mises à jour chaque année dans le Registre fédéral par le Ministère américain de la santé et des services sociaux en vertu du paragraphe (2) de la section 9902 du titre 42 du Code américain.

*Garant — Personne autre que le patient qui est responsable du paiement de la facture ou dette du patient, pour le cas où le patient est incapable de payer ladite facture ou dette.*

*Frais bruts — Il s'agit des frais totaux pleinement établis d'Allegheny Health Network pour la prestation de soins administrés aux patients, avant l'application d'indemnités contractuelles, de déductions de revenus ou d'éventuels rabais négociés.*

*Services médicaux essentiels — Les services médicaux essentiels sont ceux généralement définis par les centres Medicare ou Medicaid comme étant des soins ou services raisonnables et nécessaires pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou blessure.*

*Patients non réactifs — AHN reconnaît que certains patients sont non réactifs face au processus de demande d'AHN. Dans de telles circonstances, AHN peut utiliser d'autres sources de renseignements pour réaliser une évaluation individuelle des besoins financiers.*

*Patient non assuré — Une personne ne bénéficiant pas de couverture médicale privée, ni d'un régime ERISA, ni d'une couverture fédérale de santé (comme Medicare, Medicaid, SCHIP et CHAMPUS), ni de couverture en cas d'accident du travail, ni de tout autre assistance de tierce partie, qui l'aiderait à remplir ses obligations en tant que patient.*

*Patient sous-assuré — Une personne bénéficiant d'une couverture d'assurance privée ou publique, mais pour qui il serait financièrement difficile de payer de sa poche les soins médicaux fournis par Allegheny Health Network.*

#### **IV. Procédure**

##### **Publication de la politique**

La politique sera disponible sous diverses formes :

- ✓ **Copies papier** : Les copies papier de l'intégralité de la politique, ainsi que son résumé en langage clair et le formulaire de demande d'aide financière sont disponibles gratuitement par courrier si vous en faites la demande ; ils sont également à disposition dans les lieux publics de l'hôpital.
- ✓ **Information/notification publique** : Des panneaux stratégiquement bien placés, ainsi que des formulaires et des brochures fourniront les informations de base de la politique dans les lieux publics des hôpitaux.
- ✓ **Information/notification aux membres de la communauté desservie** : Des fiches d'information seront mises à disposition auprès des agences publiques et des organismes à but non lucratif locaux afin de répondre aux besoins de santé des populations à faible revenu de la communauté.
- ✓ **Publication sur le site Web** : La politique d'aide financière dans son intégralité, ainsi que son résumé en langage simple et le formulaire de demande seront disponibles sur le site Web de l'AHN.

##### **Énoncés des lignes directrices**

AHN s'engage à fournir les services et soins nécessaires aux patients qui démontrent leur **incapacité** à payer leurs factures, et non leur **réticence** à payer.

Conformément aux consignes mentionnées dans le paragraphe 501(r) de l'IRC, AHN limite les montants facturés pour les soins d'urgence ou autres soins médicaux essentiels prodigués aux personnes éligibles aux soins de charité. Ces personnes ne doivent pas payer plus que les montants généralement facturés aux individus couverts par une assurance ; en outre, selon les directives, il est interdit de leur présenter les tarifs bruts. Veuillez consulter l'annexe D pour les remises de franchise concernant chaque établissement AHN.

Les hôpitaux AHN s'appuient sur la « rétrospection » pour déterminer les montants généralement facturés pour les soins d'urgence ou soins médicaux essentiels, conformément au Registre fédéral, Vol 79, No 250 du 31 décembre 2014, 26CFR Parties 1, 53 et 602. Les montants à percevoir auprès des patients non assurés jugés admissibles à l'aide financière ne doivent pas dépasser la moyenne des frais payés par les assureurs privés ou Medicare et Medicaid. Les

patients éligibles à une aide financière ne sont pas tenus de payer les tarifs bruts. Toute personne peut obtenir ces informations gratuitement en soumettant une demande par écrit à l'adresse suivante :

Director Customer Care Center  
Allegheny Health Network  
4<sup>h</sup> Floor, 4 Allegheny Center  
Pittsburgh, PA 15212

#### **Critères de qualification**

Les patients qui répondent aux critères établis par cette politique sont éligibles à une aide financière, y compris des soins gratuits ou à prix réduit :

- 1. Le patient doit être à la fois un citoyen américain ou un résident permanent légal des États-Unis et un résident de Pennsylvanie (ou un résident de l'État de New York en ce qui concerne l'hôpital Westfield Memorial).**
- 2. À la date de soumission de la demande :**  
Les soins de charité sont réservés aux résidents de Pennsylvanie (ou les résidents de New York pour la zone desservant l'hôpital Westfield Memorial), car ces résidents s'acquittent des impôts locaux et des impôts de l'État de Pennsylvanie, qui soutiennent de nombreux services et soins de santé pour les citoyens de cet État. Il en est de même pour les citoyens américains qui paient leurs impôts fédéraux. Concernant les patients non-résidents de l'État qui seraient admissibles aux soins de charité AHN au vu de leur situation financière, AHN s'attend à ce qu'ils reçoivent des soins médicaux de charité dans leur propre État de résidence. Les patients internationaux ou les immigrants non autorisés peuvent être admissibles aux soins de charité s'ils sont éligibles à Medicaid. Il existe des circonstances particulières pour les patients résidant dans un autre État ou à l'international (comme un accident automobile ou une maladie émergente) en vertu desquelles ces patients peuvent être admissibles aux soins de charité.
- 3. Le patient/garant doit pouvoir démontrer ses efforts de bonne foi dans sa recherche d'autres soins de santé abordables disponibles (par exemple son éligibilité à Medicaid ou à d'autres programmes de soins de santé subventionnés par l'ACA), ou fournir un justificatif prouvant que Medicaid ou d'autres programmes ne lui seront pas accordés tant que le patient n'est pas éligible aux soins de charité.** Le patient doit soumettre un dossier de demande dûment rempli pour des soins de charité pendant la période établie. AHN fera des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est admissible à une aide extérieure avant d'engager des mesures de recouvrement extraordinaires contre l'individu. Efforts raisonnables : Dans le cadre de cette politique, il existe à la fois une « période de notification » et une « période d'application ». La période de notification correspond à la période durant laquelle AHN doit informer un individu de cette politique. Cette période commence à la date à laquelle les soins sont prodigués à l'individu et s'achève le 120<sup>ème</sup> jour après l'émission par AHN de la première facture de soins. Si la personne ne soumet pas sa demande d'aide avant la fin de la période de notification, AHN peut entreprendre des mesures de recouvrement extraordinaires contre cette personne. Cependant, AHN acceptera et traitera les demandes soumises durant une « période de demande » plus longue. Cette période se termine le 240<sup>ème</sup> jour après l'émission par AHN de la première facture de soins. Les patients qui ne soumettent pas de demande ou qui envoient un dossier incomplet (notamment sans les documents justificatifs) dans les 240 jours, peuvent se voir refuser l'aide financière en raison du non-respect de la procédure.
- 4. La couverture des soins de charité est limitée aux soins médicaux de base.**
- 5. Les soins de charité ne s'appliquent qu'aux soins d'urgence et autres services médicaux essentiels. Les soins de charité ne seront pas disponibles à un patient qui refuse la décharge hospitalière et qui engage des frais additionnels jugés inutiles sur le plan médical. Les remises sur les soins caritatifs s'appliquent uniquement aux médicaments administrés lors d'un séjour d'hospitalisation ou d'une consultation externe. Ces réductions ne s'appliquent pas aux autres médicaments ni aux ordonnances par commande postale.**

**Les soins de charité ne s'appliqueront pas aux services couverts par une compagnie d'assurance mais refusés en raison d'un litige, du manque de coopération du patient ou d'une information erronée du patient.**

Les soins de charité ne s'appliqueront pas aux patients/garants qui refusent d'utiliser les options d'assurance qui s'offrent à eux. Les soins de charité ne s'appliqueront pas aux patients/garants qui n'ont pas essayé toutes les autres ressources de paiement (comme les réserves Medicare).

**6. Une demande approuvée couvrira les services et soins prodigués au patient entre les 180 jours précédant la date d'approbation de la demande et les 180 jours suivant cette date d'approbation :**

Les patients/garants doivent présenter une nouvelle demande de soins de charité tous les 180 jours. À l'occasion de cette nouvelle demande, les données sur les soins présomptifs de charité peuvent être réexaminées et il pourra d'avérer nécessaire de réactualiser ou de compléter le dossier de demande.

**7. Les réductions pour soins de charité ne s'appliquent qu'aux montants à la charge du patient ; aucun montant couvert par une assurance ne sera pris en compte. Les montants approuvés dépendent de divers facteurs :**

- ✓ Le patient n'a pas d'assistance médicale ou sa couverture d'assurance est inadéquate.
- ✓ Le patient a épuisé ses prestations d'assurance (comme le dépassement des jours ou montants couverts, ou le dépassement des jours de réserve Medicare).
- ✓ Le patient possède une assurance principale qui a effectué le paiement, mais il existe un passif pour lequel le patient n'a pas d'assurance.
- ✓ Le patient est considéré comme indigent en raison du montant de la dette médicale contractée par rapport à sa situation financière.
- ✓ La succession du patient décédé sera épuisée avant le paiement complet du solde du patient.
- ✓ Le patient a fourni un jugement de faillite qui a une incidence selon la date à laquelle les services ont été prodigués. En tenant compte de ce jugement et en corrigeant les informations concernant les revenus ou les actifs du patient, celui-ci peut s'avérer admissible aux soins de charité.
- ✓ Le patient est « sans domicile » ou il est prouvé qu'il réside dans un refuge pour sans-abri.
- ✓ Le patient a fourni des documents officiels sous forme d'affidavit concernant ses revenus/actifs et/ou son statut de sans-abri, qui rendent le patient admissible pour des soins de charité.

**Procédure de demande**

**1. Demande de soins de charité**

Le patient ou son garant doit envoyer un dossier de demande de soins de charité pour pouvoir en bénéficier.

Si les revenus du patient et/ou garant sont égaux ou inférieurs à 200 % du niveau fédéral de pauvreté, le solde du passif du patient sera pris en charge à 100 %. Les patients considérés comme sans-abri profitent également du taux de 100 %. Les revenus bruts du ménage pour l'année en cours et l'année précédente ne peuvent excéder deux (2) fois le niveau fédéral de pauvreté publié dans le Registre fédéral par le Ministère américain de la santé et des services sociaux (les données de l'année en cours seront prises en compte en priorité). Consultez l'annexe B pour connaître les directives actuelles et le tableau applicable.

Tous les avoirs liquides (espèces, chèques, comptes d'épargne et de dépôt de marché monétaire, certificats de dépôt échus, fonds communs de placement et obligations pouvant être liquidés sans pénalité et autres placements aisément convertibles) détenus par le patient ou garant qui dépassent 10 000 USD doivent être appliqués à l'endettement dû à Allegheny Health Network avant de pouvoir être pris en compte pour un ajustement de l'aide financière. Les fonds de retraite ne seront pas pris en compte. La résidence principale et le véhicule principal ne

seront pas inclus dans l'assiette de l'actif. Toute résidence secondaire et tout véhicule secondaire seront pris en compte et évalués au cas par cas.

Des documents justifiant une situation « précaire » seront éventuellement demandés (par ex., cas de médication importante, maladie au stade terminal ou hospitalisations multiples). Pour les patients dépassant de plus de 200 % le niveau fédéral de pauvreté et dont le solde dépasse 25 % de leur revenu annuel, AHN peut prendre en charge le solde excédentaire au titre de cette « précarité », à condition que le patient fournisse des documents justifiant de ses revenus ou que ses revenus puissent être déterminés à partir de base de données externes.

AHN n'utilise pas les déterminations antérieures d'admissibilité pour présumer de l'acceptation de la demande actuelle d'aide financière d'un patient. Lorsque l'aide financière d'un patient prend fin, le patient doit à nouveau présenter une demande d'aide financière.

## **2. Documents justificatifs demandés**

Il s'agit des justificatifs sur la situation du patient (revenus, actifs, etc.) lors du processus de demande.

- ✓ Formulaire 1040 d'impôt fédéral ainsi que tout autre formulaire fédéral utilisé lors de la déclaration d'impôts de l'année précédente (en justifiant les changements importants de revenus)
- ✓ Copie des fiches de paie (pour les 30 derniers jours)
- ✓ Une justification écrite de tous les autres revenus pourra être demandée dans le cadre du processus de la demande. Ces revenus peuvent être des pensions ou retraites, des pensions alimentaires, des pensions d'invalidité, des revenus locatifs, des revenus d'un travail indépendant (compte de profits et pertes du dernier mois), des prestations sociales, des indemnités de chômage, des prestations d'ancien combattant ou des indemnités d'accident du travail.
- ✓ Relevés bancaires, s'il y a lieu (le mois juste avant la date de la demande d'aide financière)
- ✓ Les avis de faillite ayant une incidence sur la date des soins sont pris en considération, tout comme les informations sur les revenus et les actifs qui peuvent permettre au patient/garant de bénéficier des soins de charité. Une attestation officielle qui appuie les informations concernant les revenus et les biens du patient/garant lui permettant de bénéficier des soins de charité.
- ✓ Justification de non-domicile fixe ou attestation de résidence dans un refuge pour sans-abri

## **3. Informations pratiques concernant le dossier de demande**

Tout demandeur doit envoyer le formulaire d'aide financière AHN dûment complété en fournissant tous les documents justificatifs requis. Pour qu'un patient soit éligible à l'aide financière, AHN doit recevoir son dossier de demande dûment rempli dans les 240 jours qui suivent la prestation des services ou soins médicaux d'Allegheny Health Network.

Le formulaire de demande d'aide financière d'Allegheny Health Network doit être dûment rempli, avec la documentation requise fournie, pour que la demande soit prise en compte. Toute demande retournée nécessitant des informations supplémentaires sera conservée dans les 30 jours après la date à laquelle la demande d'information complémentaire est envoyée au patient. Un appel téléphonique sera également passé au demandeur pour l'aviser d'une demande éventuelle de renseignements complémentaires. Si les informations requises ne sont pas reçues dans les 30 jours, la demande sera refusée.

Les demandes d'aide financière doivent être soumises au bureau suivant (ce bureau est chargé de mettre en œuvre des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est éligible à une aide financière).

Allegheny Health Network Revenue Cycle Operations  
Customer Care Center  
10th Floor, 4 Allegheny Center  
Pittsburgh, PA 15212

Les patients ayant besoin d'une assistance pour remplir leur dossier de demande d'aide financière peuvent contacter le Service client d'AHN par téléphone au 1-800-547-0540, ou le Centre d'assistance client au 1-844-801-8400.

Les demandes d'aide financière seront traitées rapidement et Allegheny Health Network avisera le patient ou le demandeur par écrit dans les 14 jours suivant la réception d'une demande dûment remplie. Si l'admissibilité est approuvée, l'aide financière sera accordée pour une période de six mois. L'aide financière sera également appliquée à tous les dossiers admissibles pour des services reçus jusqu'à six mois avant la date de la demande.

Si une aide financière est refusée, le patient ou son garant peut présenter une nouvelle demande à tout moment si un changement important de revenu ou de situation est survenu, ou six mois après la date de la décision de refus.

#### **4. Détermination des besoins financiers des patients/garants non réactifs**

AHN comprend que certains patients sont incapables de remplir une demande d'aide financière et de se conformer à des demandes de documents ; d'autres sont tout simplement non réactifs face au processus de demande. Par conséquent, il peut y avoir des circonstances où l'admissibilité d'un patient à l'aide financière est établie sans que le patient n'ait à remplir la demande d'aide officielle. Dans ces circonstances, AHN peut utiliser d'autres sources de renseignements pour réaliser une évaluation individuelle des besoins financiers. Ces informations permettent à AHN de prendre une décision éclairée sur les besoins financiers des patients non réactifs, en utilisant les meilleures estimations disponibles en l'absence d'informations directement fournies par le patient.

AHN peut faire appel à une tierce partie pour effectuer une évaluation du dossier électronique du patient afin d'évaluer ses besoins financiers. Cette évaluation s'appuie sur un modèle reconnu dans le secteur des soins de santé, basé sur des bases de données publiques. Ce modèle prédictif incorpore des données de dossiers publics pour calculer une note de capacité socio-économique et financière qui inclut des estimations pour le revenu, les actifs et la liquidité. Cette méthode électronique permet d'évaluer les patients sous les mêmes critères en s'appuyant sur les précédentes approbations d'aide financière AHN dans le cadre du processus de demande traditionnel.

La méthode électronique sera utilisée avant l'affectation comme créance irrécouvrable, une fois que toutes les autres sources d'admissibilité et de paiement auront été épuisées. Ceci permet à AHN d'examiner la demande d'aide financière de tous les patients non assurés avant de poursuivre une éventuelle mesure de recouvrement extraordinaire. Les données saisies dans cet examen d'admissibilité électronique constitueront une documentation adéquate des besoins financiers dans le cadre de cette politique.

Si la présomption d'admissibilité est déterminée lors d'une inscription électronique, la remise totale accordée dans le cadre des soins gratuits sera accordée avec effet rétroactif aux dates des soins concernés. Si un patient n'est pas admissible dans le cadre du processus de demande électronique, le patient peut toujours faire une demande dans le cadre du processus traditionnel. Pour les patients non éligibles par ce processus, AHN les informera par écrit qu'une aide financière est disponible par dossier papier. Cet avis comprendra un résumé clair de la politique d'aide financière et des mesures qui seront prises si une demande d'aide n'est pas envoyée ou si le solde impayé n'est pas réglé.

Les dossiers des patients bénéficiant d'une présomption d'admissibilité seront reclassés en vertu de la politique d'aide financière. Ils ne seront pas soumis à un recouvrement ni à toute autre action similaire, et ne seront pas inclus dans les frais de créances irrécouvrables de l'hôpital.

#### **5. Gestion et administration des soins de charité**

La demande de remise sur les montants approuvés de soins de charité doit être soumise aux niveaux hiérarchiques appropriés pour une approbation signée. Le patient/garant sera avisé par écrit si sa demande est approuvée ou refusée pour la couverture du programme de soins de charité.

Afin d'agir dans le meilleur intérêt d'AHN et rester en pleine conformité en évitant tout conflit d'intérêt, les employés et la direction s'engagent à informer au préalable leurs superviseurs immédiats (niveau hiérarchique supérieur) lorsque les

demandeurs d'aide sont des collègues, proches et/ou amis du gestionnaire en charge de l'examen et de l'approbation des demandes. Dans de telles situations, les demandes seront approuvées par un autre gestionnaire, notamment un haut directeur si cela s'avère nécessaire.

Des codes de transaction distincts seront utilisés pour suivre les montants des remises sur les soins de charité.

Les demandes d'aide financière incomplètes feront l'objet d'un suivi par le superviseur ou son représentant, qui communiquera par lettre ou par téléphone pour accélérer l'examen de la demande. Une lettre sera envoyée après examen et approbation.

### **Responsabilités**

Les dossiers de demande de couverture en vertu de la politique des soins de charité, accompagnés de tous les documents requis dûment complétés, seront soumis à l'examen et approbation du Centre d'assistance client, ou au service désigné. Les cas où l'ajustement dépasse les montants suivants ou les cas qui nécessitent une exception en raison de difficultés doivent être examinés et approuvés comme suit :

#### **Approbation pour des soins de charité**

<b>Représentant de franchise</b>	<b>0 - 20 000 USD</b>
<b>Gestionnaire de franchise</b>	<b>20 001 USD - 50 000 USD</b>
<b>Directeur</b>	<b>50 001 USD - 75 000 USD</b>
<b>Vice-président, Directeur principal des affaires</b>	<b>75 001 USD - 150 000 USD</b>
<b>Premier vice-président, Directeur principal des revenus</b>	<b>&gt; 150 001 USD</b>

## **6. Rapports sur la gestion des soins de charité**

Des rapports et documents relatifs aux soins de charité AHN seront émis régulièrement.

- ✓ Les processus de soins de charité seront examinés chaque année pour veiller à ce que les politiques et les procédures soient appliquées de façon cohérente et homogène. L'examen annuel permettra également de recueillir des suggestions pour les mises à jour et les éventuelles modifications des politiques et des procédures.
- ✓ La direction du Centre d'assistance client sera tenue de recueillir, documenter et divulguer les renseignements sur les soins de charité, notamment :
  - Le nombre total des personnes prises en charge
  - Le total des frais annulés
  - Le total des coûts des soins de charité
  - Le total du financement reçu pour soutenir le coût des prestations de soins de charité

### **Politique de facturation et de recouvrement**

Les politiques de facturation et de recouvrement d'Allegheny Health Network doivent être conformes aux lois et réglementations fédérales et d'État régissant la facturation et les recouvrements des soins de santé.

Aucune mesure de recouvrement extraordinaire ne sera intentée contre un patient dans les 120 jours suivant l'émission de la facture initiale sans mettre en œuvre au préalable des efforts raisonnables pour déterminer si ce



patient est éligible à une aide financière. Les efforts raisonnables comprennent les mesures suivantes, mais sans s'y limiter :

- ✓ Confirmer que le patient possède des factures impayées et que toutes les sources de paiement tierces ont été identifiées et facturées par Allegheny Health Network ;
- ✓ Interdire les mesures de recouvrement contre un patient non assuré (ou susceptible d'être sous-assuré) tant que le patient n'a pas été informé de la politique d'aide financière d'Allegheny Health Network et tant que le patient n'a pas eu l'opportunité de postuler pour cette aide ;
- ✓ Aviser le patient par écrit de toute information ou documentation additionnelle qui doit être soumise pour la détermination de l'aide financière ;
- ✓ Confirmer si le patient a soumis une demande de couverture de santé en vertu de Medicaid ou d'autres programmes de soins de santé publics et obtenir la documentation relative à cette soumission. Allegheny Health Network n'entreprendra pas des mesures de recouvrement tant que la demande de couverture de soins de santé est en cours ; en revanche, une fois que la couverture est déterminée, les mesures usuelles de recouvrement s'ensuivront.
- ✓ Envoyer au patient une notification écrite concernant les efforts de recouvrement extraordinaires que le réseau Allegheny Health Network peut mettre en œuvre ou reprendre si le patient ne remplit pas la demande d'aide financière, ou s'il ne paie pas le montant dû au plus tard 30 jours après l'avis écrit, ou 30 jours après la date prévue pour remplir la demande d'aide financière.
- ✓ En outre, bien qu'AHN puisse entreprendre une mesure de recouvrement extraordinaire après une période de notification de 120 jours à compter de la date de la première facture émise, AHN acceptera et traitera à tout moment au cours des 120 jours suivant une demande d'adhésion au programme d'aide financière d'un patient. L'action en recouvrement sera suspendue durant cette période jusqu'à ce que nous puissions déterminer si le patient est admissible au programme d'aide. Par conséquent, la période totale durant laquelle AHN acceptera et traitera les demandes d'adhésion au programme d'aide financière est de 240 jours à compter de la date de la première facture.

La politique d'Allegheny Health Network concernant les situations médicales d'urgence lui interdit de percevoir des paiements avant la prestation des services d'urgence ou d'engager des actions de recouvrement qui pourraient interférer avec la prestation de soins médicaux d'urgence. Selon la réglementation de la Loi fédérale sur le travail et les traitements médicaux d'urgence (Emergency Medical Treatment and Labor Act) (référence n° 2538428).

Allegheny Health Network peut recourir aux mesures usuelles de recouvrement à l'encontre de patients qui n'ont pas été admis au programme d'aide financière ou à l'encontre de patients qui ne coopèrent plus de bonne foi pour le paiement de leur solde restant dû.

Aucune agence de recouvrement, cabinet d'avocats ou particulier ne peut intenter une action en justice contre un patient pour non-paiement d'une facture d'Allegheny Health Network sans l'autorisation écrite d'un employé compétent d'Allegheny Health Network.

### **Informations de recouvrement**

Allegheny Health Network s'efforce de recourir le plus souvent possible au tiers-payant afin de réduire le fardeau financier du patient. Lorsque le tiers-payant ne couvre pas totalement les services rendus, ou qu'aucune couverture par tiers-payant n'est possible, c'est au patient de régler Allegheny Health Network pour les services rendus, sauf s'il bénéficie du programme d'aide financière ou s'il est supposé en bénéficier.

Lorsque la procédure de recouvrement est en cours et que la franchise restant à la charge du patient demeure impayée, le bureau du cycle des revenus affectera ou recommandera l'affectation au statut de créance irrécouvrable, conformément à la politique et à la procédure établies.

**Plans de paiement**

Des plans de paiement sont disponibles, sur approbation, pour les soins et services d'Allegheny Health Network. Les plans de paiement correspondent à ceux pratiqués dans le secteur.

**Faillite**

En cas de faillite du patient, dès lors qu'Allegheny Health Network a reçu la copie du jugement de faillite, les actions de recouvrement cesseront immédiatement pour les soldes impayés de tous les soins et services prodigués avant et jusqu'à la date de déclaration de faillite.

**Exigences réglementaires**

Allegheny Health Network se conformera à toutes les lois, règles et réglementations fédérales, d'État et locales, ainsi qu'aux exigences de déclaration concernant les actions menées dans le cadre de cette politique. En vertu de cette politique, Allegheny Health Network est dans l'obligation de faire le suivi des dossiers d'aide financière et des recouvrements afin de garantir la véracité des rapports émis.

**Tenue des registres**

Allegheny Health Network documentera toutes les mesures d'aide financière et de recouvrement afin de maintenir les contrôles appropriés et de satisfaire à toutes les exigences de conformité internes et externes.

**Approbation de la politique**

La politique d'aide financière et de recouvrement d'Allegheny Health Network est sujette à un examen régulier et peut être modifiée à tout moment selon les besoins. Le conseil d'administration d'Allegheny Health Network et les conseils hospitaliers AHN concernés doivent approuver toute modification à la politique.

## ANNEXE A : Services particuliers non couverts par la politique d'aide financière

Définition	Admissibilité au programme		Définitions et exemples de services
	Remises de franchise	Soins de charité	
Services couverts par des subventions	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Addison Gibson</li> <li>• Ryan White</li> <li>• Autres soins et services couverts par des dons/subventions</li> </ul>
Certains soins et services à coût élevé ; traitements avec options alternatives moins coûteuses	Oui	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Implants cochléaires</li> <li>• Chirurgie bariatrique</li> <li>• LDL-Aphérèse</li> <li>• Stimulation cérébrale profonde</li> <li>• Vasectomie ou inversion de vasectomie</li> <li>• Transplantations</li> <li>• Dispositif d'assistance ventriculaire gauche (cf. transplantation)</li> <li>• Aides auditives pédiatriques</li> <li>• Toute autre procédure qui ne répond pas à une nécessité médicale.</li> </ul>
Services médicaux non essentiels	Non	Non	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Traitement/Chirurgie esthétique</li> <li>• Fécondation in vitro</li> <li>• Échographie obstétrique de confort, coloscopie virtuelle, IRM/TEP</li> </ul>