



OBJET : Financier Aide et IRS 501(r)	PRÉPARÉ PAR : Krysten Blanchette, Directrice du cycle des recettes	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : 3 mai 2018	NUMÉRO DE POLITIQUE : CNE-FIN- 102
PAGE : 1 sur 6	APPROUVÉ PAR : Joseph Iannoni, Directeur financier	REMPLECE : Finance 1	REMPLECE :

I. Objectif. L'objectif de la présente Politique d'aide financière (Financial Assistance Policy, FAP) est de garantir que Care New England (ci-après dénommé CNE) respecte les normes définies par l'État de Rhode Island et les organismes fédéraux concernant l'apport de soins caritatifs et l'alinéa 501(r) de l'IRC (Internal Revenue Code, Code fédéral des impôts américain). L'aide financière vise à garantir que tous les patients reçoivent des soins d'urgence essentiels et d'autres soins médicaux nécessaires fournis par CNE, indépendamment de leur capacité à payer. Dans ce but, CNE assiste les personnes qui sont autrement dans l'incapacité de payer les frais, comme cela est déterminé par les critères de qualification de CNE, et prend en considération la capacité de chacun à contribuer au coût des soins reçus. L'aide financière de CNE n'a pas pour objectif de remplacer des programmes d'assistance ou d'assurance parrainés par un employeur, achetés dans le secteur privé, de responsabilité civile ou financés par l'État ou l'administration fédérale.

II. Champ d'application. La présente Politique s'applique à Care New England (CNE) et à tous les hôpitaux pris en charge par Care New England, ainsi qu'aux établissements spécifiés définis ci-dessous :

- Butler Hospital
- Kent Hospital
- Women & Infants Hospital
- Butler Hospital Allied Medical Services, LLC
- Kent Ancillary Services, LLC
- W&I Ancillary Services, LLC
- W&I Health Care Alliance, LLC
- Affinity Physicians, LLC

Une liste de prestataires de soins additionnels choisissant de se conformer au Plan d'aide financière de CNE, ainsi que des prestataires non participants (Annexe 1) est disponible sur le site Web de CNE :

www.carenewengland.org.

III. Politique. Tous les patients recevront tous les services médicaux nécessaires et urgents, indépendamment de leur capacité à payer, comme énoncé dans la Politique EMTALA (Emergency Medical Treatment and Active Labor Act) de CNE. Il est possible d'obtenir des copies gratuites de la présente politique en appelant le service de la Conformité de CNE au (401) 277-3660.

- La décision de l'extension de l'aide financière reposera uniquement sur la situation financière du demandeur, comme l'indiquent les exigences d'admissibilité préétablies, et elle sera accordée à tous les patients répondant aux critères, indépendamment de leur ethnicité, couleur de peau, religion, âge, nationalité, état matrimonial ou statut de protection juridique. Cette politique s'applique de manière uniforme pour les patients ne disposant pas d'assurance ou ceux dont l'assurance maladie est inadéquate.
- Les patients ont droit à l'aide financière concernant les soins d'urgence et les autres soins de santé médicaux nécessaires. Les soins de santé médicalement nécessaires sont définis comme les services hospitaliers raisonnablement requis pour établir un diagnostic, pour corriger, soigner, soulager ou prévenir la détérioration d'états de santé susceptibles de mettre la vie en danger, d'entraîner des souffrances ou des douleurs, de provoquer la maladie ou l'infirmité, de menacer d'entraîner ou d'aggraver un handicap, ou de provoquer une malformation corporelle ou un dysfonctionnement, lorsqu'aucun autre programme de soins à efficacité égale, plus prudent ou considérablement plus économique n'est disponible ou adapté pour la personne qui demande le service.
- Les patients répondant aux critères d'obtention des soins caritatifs CNE Charity Care ont droit à une couverture pharmaceutique à prix réduit ou gratuite. L'ordonnance doit être conforme et correspondre au traitement fourni par une entité CNE couverte par le programme 340B (hôpitaux de soins intensifs au sein du système Care New England). Lorsqu'un patient répond aux critères d'admissibilité du programme 340B (comme établi par la Health Resources and Services Administration américaine, HRSA), il est alors possible d'utiliser les médicaments couverts par le programme 340B.

IV. Définitions. Les termes portant des majuscules qui ne sont pas définis autrement ci-dessous mais sont utilisés dans la présente Politique prendront le sens qui leur est attribué dans ladite Politique.

- *Montants généralement facturés (Amounts Generally Billed, AGB) :* conformément à l'alinéa 501(r)(5) du Code fédéral des impôts américain (Internal Revenue Code, « IRC »), ce sont les montants généralement facturés pour les soins d'urgence ou autres soins médicaux nécessaires fournis aux personnes disposant d'une assurance prenant en charge ces traitements.
- *Pourcentage des montants généralement facturés :* pourcentage des frais de santé bruts qu'un établissement hospitalier utilise pour déterminer le Montant généralement facturé pour une urgence ou autre traitement médical nécessaire fourni à une personne admissible pour une aide en vertu de la présente Politique d'assistance financière.
- *Période d'admissibilité :* période au cours de laquelle une personne peut présenter une demande d'aide financière. Afin de satisfaire aux critères décrits à l'alinéa 501(r)(6) de l'IRC, CNE accorde aux particuliers jusqu'à 240 jours à partir de la date de réception du premier relevé de facturation suivant la sortie de l'hôpital pour demander une assistance financière.
- *Critères d'admissibilité :* critères établis dans la présente Politique d'assistance financière (et soutenus par la procédure) utilisés pour déterminer si un patient a droit ou non à une assistance financière.
- *État d'urgence médicale :* défini au sens de la section 1867 de la Loi sur la Sécurité sociale américaine (42 U.S.C. 1395dd)
- *Mesures de recouvrement exceptionnelles (Extraordinary Collection Actions, « ECA ») :* comprend chacune des actions suivantes entreprises par CNE envers une personne dans le but d'obtenir un paiement pour une facture de soins couverts par la

présente Politique d'assistance financière. Les Mesures de recouvrement exceptionnelles comprennent, sans s'y limiter, les mesures qui nécessitent l'initiation d'un processus légal ou juridique, le signalement d'informations défavorables à des sociétés de renseignements commerciaux ou à des bureaux de crédit, la mise en gage et/ou la saisie de biens immobiliers, la saisie d'un compte bancaire ou d'un salaire, et le report, le refus ou l'exigence de la prestation de soins médicaux non urgents avant leur paiement, suite à une situation de dette impayée pour des soins couverts par la présente Politique fournis précédemment.

- *Famille* : selon la définition du bureau du recensement américain, il s'agit d'un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et sont unies par un lien de parenté, de mariage, une union civile ou l'adoption.
- *Revenu de la famille* : le revenu de la famille est déterminé à l'aide de la définition du bureau du recensement américain, qui utilise les revenus suivants lors du calcul des seuils de pauvreté :
 - Revenus salariaux, indemnités de chômage, indemnités pour accidents du travail, prestations de pension (Social Security), allocations supplémentaires de revenu (Supplemental Security Income), aides sociales, prestations d'ancien combattant, prestations de survivant, revenu de pension ou de retraite, intérêts, dividendes, revenus locatifs, redevances, revenus fonciers, fiducies, aide aux études, pension alimentaire, pension alimentaire pour enfants, aide extérieure et autres ressources diverses.
- *Admissibles à la Politique d'assistance financière* : personnes admissibles pour une aide financière partielle ou totale en vertu de la présente politique.
- *Lignes directrices du seuil de pauvreté fédéral* : les lignes directrices du seuil de pauvreté fédéral (Federal Poverty Level, « FPL ») ont été mises en place par le ministère américain de la Santé et des Services sociaux (United States Department of Health and Human Services) sur une base annuelle et sont utilisées par la présente Politique d'assistance financière pour la détermination de l'admissibilité financière.
- *Aide financière* : services de santé gratuits ou faisant l'objet d'une remise proposés aux personnes dans l'incapacité de payer des services médicaux en partie ou en totalité.
- *Frais bruts* : prix complet établi des soins médicaux facturés aux patients de façon constante et uniforme avant l'application de toute réduction contractuelle, remise ou déduction.
- *Résumé en langage simple (Plain Language Summary, "PLS")* : déclaration par écrit informant une personne que CNE propose une aide financière dans le cadre de la présente Politique d'assistance financière et apportant des informations supplémentaires de façon claire, concise et facile à comprendre.
- *Sous-assuré* : personne bénéficiant d'un certain niveau d'assurance ou de couverture tierce, mais ne disposant pas de suffisamment de moyens financiers pour payer les frais non remboursés. Les situations de sous-assurance comprennent, sans s'y limiter, les franchises d'assurance et de co-assurance, les quotes-parts, les prestations épuisées et les limites des prestations à vie.
- *Non assuré* : personne ne disposant d'aucun niveau d'assurance ou de couverture tierce, y compris Medicare, Medicaid ou tout autre programme d'assurance commerciale ou gouvernementale destiné à l'aider à payer pour les services médicaux obtenus.
- *Services non couverts* : services n'étant pas couverts par le régime de prestations/d'assurance du patient, et qui ne seront par conséquent pas pris en charge par ce régime.

V. Procédure

1. Les patients ne disposant d'aucune assurance maladie ou dont la couverture d'assurance maladie est inadéquate ont droit de faire une demande de participation au programme. Afin d'être pris en considération pour une aide financière en vertu de la Politique d'aide financière, le patient et/ou représentant légal doit envoyer une demande d'aide financière complète (comprenant les informations/documents connexes) (Annexe 2) et doit coopérer avec CNE en fournissant les informations et la documentation nécessaires pour faire une demande auprès d'autres ressources financières existantes susceptibles de pouvoir contribuer au paiement de ses soins de santé, telles que Medicare, Medicaid, Ritecare, la responsabilité civile, etc.
2. La Politique d'aide financière de CNE, le Résumé en langage simple (Plain Language Summary, PLS), le formulaire de demande et les documents nécessaires sont disponibles sur le site Web de CNE : www.carenewengland.org. Les documents peuvent également être demandés, gratuitement, par courrier postal, en appelant le (401) 921-7200 ou en se rendant à un des établissements hospitaliers CNE suivants :
En outre, CNE diffusera la présente Politique d'assistance financière et le Résumé en langage simple dans les établissements que nous desservons.
 - Butler Hospital : 345 Blackstone Boulevard, Providence RI 02906
 - Patient Financial Services Office, Sawyer Building, 1st Floor
 - Heures d'ouverture : du lundi au vendredi 8h00 – 16h30
 - Téléphone : (401) 455-6240
 - Kent Hospital : 455 Tollgate Road, Warwick, RI 02886
 - Business Office, 2nd Floor
 - Heures d'ouverture : du lundi au vendredi 8h00 – 16h30
 - Téléphone : (401) 921-7200
 - Women & Infants Hospital : 101 Dudley Street, Providence RI 02905
 - Business Office, 1st Floor
 - Heures d'ouverture : du lundi au vendredi 8h00 – 16h30
 - Téléphone : (401) 921-7200
 - Il est possible d'accéder à l'aide financière comme suit :
 - Les patients ou leurs représentants peuvent demander une assistance financière
 - Les employés de CNE peuvent recommander des patients ou leurs représentants
 - Les médecins traitants peuvent recommander des patients ou leur représentant
3. Une aide financière complète sera accordée aux patients dont le revenu familial brut est inférieur ou égal à 200 % de la valeur des seuils de pauvreté fédéraux (Federal Poverty Levels, FPL) ajustés en fonction de la taille de la famille, sous réserve que ces patients ne soient pas admissibles pour d'autres couvertures maladie privées ou publiques, et ne dépassent pas le seuil de protection des actifs. Dans les situations où le patient/garant remplit les conditions requises pour obtenir une aide financière selon le critère de revenu, mais pas selon le critère des actifs, CNE fournira la remise la plus élevée conformément au barème dégressif. La quote-part maximum du patient/garant

sera les actifs réels moins les seuils d'actifs applicables ou les limites plafond maximum, tels que définis par les réglementations fédérales et celles de l'État de Rhode Island, y compris l'alinéa 501(r) de l'IRS (Internal Revenue Service, Direction générale des finances publiques américaine), selon le montant le moins élevé (voir la section 6 ci-dessous).

4. Les patients dont le revenu brut se situe entre 201 % et 300 % des seuils de pauvreté fédéraux, et qui ne dépassent pas le seuil de protection des actifs ont également droit à une aide financière concernant une partie des frais médicaux, selon un barème dégressif (**Annexe 3**). La quote-part du patient est soumise aux limites de plafond maximum telles que définies par les réglementations fédérales et de l'État de Rhode Island, y compris l'alinéa 501(r) de l'IRS ou comme établi de façon périodique par CNE. La quote-part maximum facturée au patient/garant ne doit pas dépasser le montant le plus bas entre le Montant généralement facturé, la loi de l'État ou tout autre critère établi par CNE. Des informations concernant les limites définies par CNE et le barème dégressif peuvent être obtenues gratuitement en téléphonant au Service client de CNE au (401) 921-7200.
5. CNE suivra les procédures de recouvrement établies afin d'obtenir un paiement des personnes ayant une obligation financière après application de la grille de barème dégressif, comme cela est défini dans la Politique de facturation et de recouvrement de CNE. Les patients non assurés sont informés de l'existence de l'aide financière à la sortie de l'hôpital. Tous les patients, assurés comme non assurés, sont également informés de l'existence de la Politique d'assistance financière au moyen du processus de relevé de facturation pendant 120 jours après le premier relevé de facturation des soins suivant la sortie de l'hôpital (« Période de notification »). Il est également possible de demander à recevoir les documents d'aide financière par courrier postal, en appelant le (401) 921-7200 ou en se rendant à tout établissement hospitalier de CNE (voir la section 2).
6. Afin qu'un patient soit admissible à 100 % pour une aide financière totale ou partielle, ses actifs liquides maximum (à l'exception d'une résidence principale et d'un véhicule automobile personnel) ne doivent pas dépasser les seuils correspondant aux personnes et aux unités familiales indiqués sur le barème dégressif. Ces seuils augmentent chaque année, conformément à l'indice des prix à la consommation le plus récent. Au cas où ces seuils nuiraient à la capacité d'une personne à répondre aux critères du ou des programmes d'assistance médicale de Rhode Island, CNE remplacera ces seuils par ceux utilisés par le ou les programmes d'assistance médicale de Rhode Island. Les seuils d'aide médicale de Rhode Island sont disponibles en ligne à l'adresse : <http://medicaid4you.com/eligibility-requirements>.
 - Selon la définition du bureau du recensement américain, une unité familiale est un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et sont unies par un lien de parenté ou de mariage, une union civile ou l'adoption.
 - Le montant ou le pourcentage des frais totaux perçus sur la partie des frais dus par le client doit être égal ou inférieur au Montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB), (**Annexe 4**), défini comme suit : conformément à l'alinéa 501(r) (5) du Code fédéral des impôts américain (Internal Revenue Code, IRC), les montants généralement facturés en cas d'urgence ou pour d'autres soins médicaux nécessaires fournis aux personnes disposant d'une assurance prenant en charge ces soins.

- Résumé en langage simple (Plain Language Summary, PLS) ; la personne concernée dispose d'un délai de 30 jours pour fournir les informations. CNE suspendra également toutes Mesures de recouvrement exceptionnelles destinées à obtenir le paiement des soins au cours de cette période. Les personnes concernées recevront un numéro de téléphone qu'elles pourront appeler pour toute question concernant la documentation ou les informations supplémentaires nécessaires.
 - Les cas exceptionnels qui dépassent les prestations de la politique standard doivent être approuvés par le vice-président du cycle des recettes ou une personne déléguée.
 - En cas de réception d'une demande de Politique d'assistance financière non complète, CNE enverra un avis par écrit décrivant la documentation ou les informations supplémentaires nécessaires pour prendre une décision concernant l'admissibilité à la Politique d'assistance financière, accompagné du Résumé en langage simple.
7. Le patient/garant peut faire appel d'un refus d'admissibilité à l'aide financière en fournissant une vérification de revenu ou de taille de famille supplémentaire dans les trente (30) jours suivant la réception de la notification de refus. Tous les appels sont examinés par le vice-président du cycle des recettes ou par la personne déléguée pour décision finale. Selon la définition de CNE, un appel nécessite qu'un examen soit réalisé à un niveau hiérarchique d'au moins un échelon supérieur à celui de l'examineur initial. Toute demande d'appel doit être traitée dans les 30 jours suivant sa réception. Une notification par écrit du résultat de l'appel doit être fournie au patient/garant.
 8. Montant perçu : le montant ou le pourcentage des frais totaux perçus de la partie des frais dus par le client ne doit pas dépasser le Montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB), comme énoncé à l'alinéa 501(r)(5) du règlement de l'IRS (Internal Revenue Service, Direction générale des finances publiques américaine).
 9. Si un patient n'est pas assuré et répond aux critères requis pour l'obtention d'une remise de non assuré telle que définie par la Politique de crédit de CNE, la quote-part maximum facturée au patient/garant ne doit pas dépasser le montant le plus bas entre le Montant généralement facturé, la loi de l'État ou tout autre critère défini par CNE.

Programmes de remise :

- **Remise communautaire sur les prestations :** tous les patients non assurés reçoivent une remise de 30 % pour les services médicaux nécessaires, indépendamment de leur capacité à payer.
- **Remise de paiement anticipé :** les patients assurés ou non assurés à la recherche de services médicaux nécessaires non couverts par leur régime d'assurance ont droit à une remise ou peuvent présenter une demande d'aide financière. Tous les patients non assurés ont droit à une remise de 44 % s'ils s'acquittent de leur quote-part prévue avant ou le jour du service. Cette remise s'applique également à toute quote-part imprévue supplémentaire, à condition que le patient paye la somme totale dans les trente (30) jours suivant la facture finale. Une fois les services rendus, aucune autre exception ne sera autorisée concernant la remise. Les services de FIV sont exclus de la présente Politique et les patients peuvent bénéficier d'une remise si la prestation n'est pas couverte par leur police d'assurance. Au cas où le paiement de la quote-part prévue dépasserait les 44 % nécessaires, CNE enverra un remboursement au patient dans les 30 jours suivant la finalisation des frais.

- **Remise de paiement rapide** : tous les patients non assurés ne bénéficiant pas déjà de la remise de paiement anticipé ont droit à une réduction de 10 % de la somme due, à condition que le patient paye la somme totale dans les trente (30) jours suivant la facture finale.
10. CNE se réserve le droit de révoquer l'aide financière s'il est déterminé qu'un patient a délibérément décrit de façon inexacte sa situation financière, le nombre de personnes à sa charge ou toute autre information nécessaire pour déterminer sa situation financière dans le cadre de la présente politique.
 11. L'« Avis d'aide financière de l'hôpital » (Notice of Hospital Financial Aid) sera disponible sur les sites Web de CNE, les factures des patients et à la demande. Il sera également affiché dans les services d'urgence, les couloirs principaux, les bureaux et les zones d'admission/d'enregistrement de l'ensemble des établissements CNE.
 12. Les critères d'obtention de l'aide financière doivent être disponibles dans d'autres langues, conformément aux « Standards for Culturally and Linguistically Appropriate Services in Health Care » (Normes d'adéquation culturelle et linguistique des services médicaux) applicables (Normes 4 et 7, fondées sur le titre VI du Civil Rights Act de 1964). Ils doivent être approuvés par le Directeur et mis à disposition de quiconque en fait la demande. CNE mettra tous les moyens en œuvre pour s'assurer que les politiques sont communiquées de façon claire aux patients dont la langue principale est différente de celles qui sont disponibles. Des services de traduction sont disponibles sur demande.

APPROUVÉ [03/05/18]
RÉVISÉ [20/11/18]

