



## Centre médical HackensackUMC Mountainside Medical Center

### POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2017

#### POLITIQUE/PRINCIPES

La politique du centre médical HackensackUMC Mountainside Medical Center (l'« Organisation ») consiste à assurer des pratiques socialement équitables pour la prestation de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires au sein des établissements de l'Organisation. Cette politique a été spécifiquement conçue pour aborder le problème de l'admissibilité à une aide financière pour les patients qui ont besoin d'une aide financière et qui reçoivent des soins de l'Organisation.

1. Toute aide financière reflètera notre engagement envers l'intérêt commun, notre préoccupation particulière à l'égard des personnes vivant dans la pauvreté et dans d'autres situations vulnérables, ainsi que notre engagement en matière d'intendance.
2. Cette politique s'applique à tous les soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires fournis par l'Organisation, y compris les services des médecins membres du personnel et de la santé comportementale. Cette politique ne s'applique pas aux modalités de paiement pour les interventions électives ou pour d'autres soins qui ne sont pas des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires.
3. La liste des prestataires couverts par la politique d'aide financière fait partie d'une liste de tous les prestataires assurant des soins au sein des établissements de l'Organisation et précisant lesquels sont couverts par la politique d'aide financière et lesquels ne le sont pas.

#### DÉFINITIONS

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

- « **501(r)** » signifie la section 501(r) du code des impôts (Internal Revenue Code) et les règlements promulgués en application de celui-ci.
- « **Montant généralement facturé** » ou « **AGB [Amount Generally Billed]** » signifie, en ce qui concerne les soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires, le montant généralement facturé aux individus qui ont une assurance maladie couvrant ces soins.
- « **Communauté** » signifie la région géographique de l'État du New Jersey
- « **Soins d'urgence** » signifie l'accouchement ou un état médical d'une telle gravité que l'on pourrait raisonnablement s'attendre à ce que l'absence de soins médicaux immédiats mette sérieusement en danger la santé du patient (ou de l'enfant à naître), ou entraîne une altération grave du fonctionnement corporel ou un dysfonctionnement grave de tout organe ou partie du corps.
- « **Soins médicalement nécessaires** » signifie les soins qui sont jugés médicalement nécessaires sur la base d'une détermination du mérite clinique par un médecin habilité, en consultation avec le médecin responsable de l'hospitalisation.
- « **Organisation** » signifie le centre médical HackensackUMC Mountainside Medical Center.
- « **Patient** » signifie toute personne qui reçoit des soins d'urgence ou des soins médicalement nécessaires au sein de l'Organisation et la personne qui est financièrement responsable des soins du patient.



## **Aide financière fournie**

1. Les patients dont les revenus sont inférieurs ou égaux à 200 % du seuil fédéral de la pauvreté (« FPL », Federal Poverty Level) auront droit à une déduction à 100 %, à titre de soins caritatifs, de la partie des frais pour les services qui restent à la charge du patient suivant le paiement d'un assureur, le cas échéant.
2. Les patients dont les revenus sont supérieurs à 200 % du seuil fédéral de la pauvreté (« FPL ») auront droit à une aide caritative basée sur les critères ci-dessous :

### Critères de revenu

Revenu en tant que pourcentage des critères de revenu établis par le Département de la santé et des services sociaux pour déterminer le seuil de la pauvreté [HHS Poverty Income Guidelines]	Pourcentage des frais payés par le patient
inférieur ou égal à 200%	0 %
supérieur à 200 % mais inférieur ou égal à 225 %	20 %
supérieur à 225 % mais inférieur ou égal à 250 %	40 %
supérieur à 250 % mais inférieur ou égal à 275 %	60 %
supérieur à 275 % mais inférieur ou égal à 300 %	80 %
supérieur à 300 %	100 %

3. Si les patients sur l'échelle mobile de tarification de 20 % à 80 % ont l'obligation de payer les dépenses médicales non remboursables admissibles en excès de 30 % de leur revenu annuel net (c.-à-d., des factures qui ne sont pas payées par d'autres parties), alors le montant en excès de 30 % est considéré comme une aide au paiement des soins d'hôpital.
4. L'admissibilité à une aide financière peut être déterminée à n'importe quel stade du cycle de revenu et peut inclure l'utilisation d'une cotation présomptive afin de déterminer l'admissibilité même si le demandeur a omis de faire une demande d'aide financière (Demande « FAP »).
5. L'admissibilité à une aide financière doit être déterminée pour tout solde restant à la charge du patient qui a des besoins financiers.

## **Programme de soins caritatifs :**

- Le programme d'aide au paiement des soins d'hôpital du New Jersey [New Jersey Hospital Care Payment Assistance Program] (Aide à titre de soins caritatifs) est un programme de soins gratuits ou à prix réduit qui est fourni aux patients recevant des soins dans les services internes et externes des hôpitaux de soins aigus dans l'État du New Jersey. L'aide hospitalière et les soins à prix réduit sont disponibles uniquement dans le cadre des soins hospitaliers nécessaires. Certains services comme les honoraires des médecins, les frais d'anesthésiologie, l'interprétation radiologique et les ordonnances prescrites pour les patients externes sont distincts des frais d'hôpital et peuvent ne pas bénéficier d'une réduction.
- La source de financement du programme d'aide au paiement des soins d'hôpital est le fonds de subvention des soins de santé [Health Care Subsidy Fund] administré conformément à la Loi publique 1997, Chapitre 263.



### **Autre aide aux patients qui ne sont pas admissibles à une aide financière**

Les patients qui ne sont pas admissibles à une aide financière, telle que décrite ci-dessus, pourraient néanmoins avoir droit à d'autres types d'assistance offerts par l'Organisation. Dans l'intérêt de fournir un tableau aussi complet que possible, nous énumérons ces autres types d'aide ici, même s'ils ne sont pas basés sur les besoins et ne sont pas visés par la section 501(r) ; nous les incluons ici à titre de commodité pour la communauté desservie par le centre médical HackensackUMC Mountainside Medical Center.

1. Les patients non assurés qui ne sont pas admissibles à une aide financière bénéficieront d'un tarif réduit basé sur les critères ci-dessous :
  - (a) Interventions en service interne, aux urgences et en consultation externe :  
115 % du tarif Medicare
    - (i) Les interventions en obstétrique et en chirurgie esthétique ont des grilles tarifaires établies pour les frais à la charge du patient, et ne sont pas soumises à un taux basé sur le remboursement de Medicare.

### **Limites imposées sur les frais pour les patients admissibles à une aide financière**

Les patients admissibles à une aide financière ne seront pas facturés individuellement plus que l'AGB pour les soins d'urgence et les autres soins médicalement nécessaires et pas plus que les frais globaux pour tous les autres soins médicaux. L'Organisation calcule un ou plusieurs pourcentages pour l'AGB en utilisant la méthode « rétrospective » et en incluant la rémunération à l'acte de Medicare et tous les paiements de réclamations versés par tous les assureurs de soins médicaux privés à l'Organisation, le tout conformément à la section 501(r). Il est possible d'obtenir une copie gratuite de la description des calculs et du ou des pourcentages de l'AGB en faisant une demande auprès de n'importe quel bureau des admissions. Le patient peut également demander une copie gratuite des calculs et des pourcentages AGB en appelant les Services financiers aux patients au (973) 429-6000, poste 5910 et obtenir qu'une copie soit envoyée à son adresse postale.

### **Faire une demande d'aide financière et d'autres types d'aide**

Un patient peut être admissible à une aide financière par le biais d'une cotation présomptive ou il peut faire une demande d'aide financière en soumettant un formulaire de demande FAP dûment rempli. Le formulaire de demande FAP et les instructions associées seront fournis au patient sur demande, au moment du service. Si un patient souhaite faire une demande d'aide financière après le ou les jours des services, il peut accéder au formulaire de demande FAP et aux instructions associées et les imprimer directement à partir du site Web de HackensackUMC Mountainside. Les patients peuvent également demander qu'une copie du formulaire de demande FAP et des instructions associées soit envoyée par courrier. Pour demander une copie des documents par courrier, les patients doivent appeler les Services financiers aux patients au (973) 429-6000, poste 5910. Dans chacun des lieux accessibles ci-mentionnés, le formulaire de demande FAP et les instructions associées sont disponibles en anglais et en espagnol.

### **Calendrier pour le recouvrement des soldes de comptes patient – Services internes et externes**

Le centre médical HackensackUMC Mountainside Medical Center fournit des relevés de facturation pour les services rendus une fois que l'assurance a traité la réclamation ou immédiatement pour les patients qui n'ont pas d'assurance. Parmi les soldes à la charge du patient, on peut signaler :



- Frais à la charge du patient (patient sans assurance maladie)
- Frais à la charge du patient après le paiement de l'assurance maladie (l'assurance a rempli ses obligations, et le solde restant est à la charge du patient)
- Soins caritatifs (frais réduits basés sur des percentiles établis à titre caritatif)
- Frais à la charge du patient après Medicare (obligations du patient telles que définies par Medicare)

### **Cycle de relevés**

Pour tous les patients, un relevé est envoyé environ cinq jours après la date où le patient devient responsable du solde.

**Tous les soldes à la charge du patient** – Le cycle de facturation total, avant que le solde ne soit confié à une agence de recouvrement, est de 120 jours. Un relevé est envoyé au patient, une fois que l'assurance a payé sa part, le cas échéant. Si l'intégralité du montant échu restant à la charge du patient n'est pas reçue avant la date d'échéance, le patient continuera à recevoir les relevés ultérieurs (jusqu'à 5 au total). Si le paiement n'est toujours pas reçu, le compte sera confié à une agence de recouvrement.

**Les patients qui ont des questions au sujet de leur solde peuvent appeler le Service clientèle au (866) 525-5558** pour voir s'ils ont droit à un plan de paiement. Les patients qui se trouvent dans l'incapacité de payer peuvent contacter notre bureau d'aide financière au (973) 429-6000, poste 5910.