

<b>Domaine de service :</b> Services commerciaux	<b>DIRECTIVES ET PROCÉDURES DE YALE NEW HAVEN HEALTH SYSTEM</b>	
<b>Titre :</b> [Directive sur les programmes d'aide financière] Financial Assistance Programs Policy		
<b>Date d'approbation :</b> 20/09/2013	<b>Approuvée par :</b> Les Conseils d'administration Le Directeur général adjoint des finances	
<b>Date de prise d'effet :</b> 20/09/2013 1/1/2017 Lawrence + Memorial Hospital et Westerly Hospital	<b>Date de passage en revue/révision :</b> 21/01/2015, 30/09/2016, 16/12/2016, 1/6/2017, 15/7/2018, 12/2/2019	
<b>Diffusion :</b> Gestionnaire des directives MCN	<b>Type de directive (I ou II) :</b> Type	
<b>Annule et remplace :</b> Programmes d'aide financière pour les services hospitaliers de Yale New Haven Hospital (NC:F-4) Programmes d'aide financière pour les services hospitaliers de Bridgeport Hospital (9-13) Aperçu général des programmes d'aide financière pour les services hospitaliers de Greenwich Hospital Lawrence + Memorial Hospital et Westerly Hospital Charity Care, Aide financière, Fonds pour lits gratuits		

## OBJECTIF

Yale New Haven Health System (YNHHS) reconnaît que les patients peuvent ne pas être en mesure de régler les soins médicaux de santé indispensables sans aide financière. En accord avec sa mission, YNHHS est déterminée à assurer un examen soigneux de la faculté contributive au moment de fixer les montants dus au titre des services d'urgence ou d'autres services hospitaliers médicalement nécessaires.

Dans le cadre de sa mission, YNHHS a mis en place des programmes d'aide financière (FAP) pour aider les personnes à payer les services d'urgence et d'autres soins médicaux nécessaires. Les FAP ont pour objectif de :

- (i) Préciser l'ensemble des aides financières accessibles dans le cadre des FAP,
- (ii) Fournir des renseignements clairs sur les critères d'admissibilité, sur les conditions d'application et sur les modalités de demande d'une aide financière,
- (iii) Décrire la base de calcul des montants facturés aux patients admissibles aux FAP pour les urgences ou pour d'autres soins médicalement nécessaires et

- (iv) Indiquer les étapes suivies par les hôpitaux YNHSS en vue d'assurer à ces FAP une large publicité parmi les communautés desservies par YNHSS.

## **APPLICABILITÉ**

Cette politique s'applique à chaque hôpital homologué et affilié à YNHSS, notamment Bridgeport Hospital (BH), Greenwich Hospital (GH), Lawrence + Memorial Hospital (LMH), Yale New Haven Hospital (YNHH) et Westerly Hospital (WH) (chacun étant un hôpital).

### **Directives**

#### **I. Champ d'application et liste des prestataires**

- A. **Soins d'urgence et autres actes médicalement nécessaires.** Les FAP s'appliquent aux soins d'urgence et aux autres actes indispensables au plan médical, notamment aux soins hospitaliers et ambulatoires, facturés par un hôpital. Sont exclus du champ d'application des FAP : a) les chambres individuelles ou les infirmières particulières, b) les services superflus sur le plan médical, comme les actes de chirurgie esthétique non urgents, c) les autres frais de confort, comme ceux de télévision ou de communication téléphonique et d) les autres remises ou réductions de frais non expressément définies dans cette directive.
- B. **Liste des prestataires.** Une liste des prestataires qui assurent les soins d'urgence et d'autres actes médicalement nécessaires en hôpital est disponible ici : [https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh\\_fap\\_policy\\_list\\_2017.pdf](https://www.ynhh.org/~media/files/ynhhs/forms/financial/011117/ynhh_fap_policy_list_2017.pdf).  
La liste indique si le prestataire est couvert par les FAP. Si le fournisseur n'est pas couvert par les FAP, les patients doivent se mettre en rapport avec le bureau du prestataire afin d'établir si ce dernier propose une aide financière et si tel est le cas, ce que couvre cette aide financière.
- C. **Conformité avec EMTALA.** Les hôpitaux doivent se conformer au « Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) conformément à leurs directives et il leur est aussi interdit de participer à des activités qui décourageraient une personne dans sa recherche de soins médicaux d'urgence.

#### **II. Programmes d'aide financière et admissibilité**

L'aide financière est proposée aux citoyens ou aux résidents des États-Unis qui remplissent une demande d'aide financière et satisfont aux exigences supplémentaires d'admissibilité décrites ci-dessous.

- A. **Soins gratuits (Free Care).** Le programme de soins gratuits prévoit la dispense de soins à titre gratuit aux malades hospitalisés dont le foyer perçoit un revenu brut annuel inférieur ou égal à 250 % du seuil de pauvreté fédéral (voir l'[Annexe 1](#)). Tout patient pouvant à la seule discrétion de l'hôpital être admissible à l'assistance médicale d'État devra présenter une décision par l'État, au cours des six derniers mois.

En outre, YNHSS pour le compte de BH, GH et YNHH a recours à un outil de sélection tiers

pour aider au recensement de personnes avec un solde de prise en charge personnelle qui n'ont pas formulé de demande d'aide financière, mais dont le revenu est inférieur ou égal à 250 % du seuil de pauvreté fédéral (c'est-à-dire, celles qui satisfont aux conditions requises pour bénéficier de la gratuité des soins). En cas d'identification d'un patient par ce biais, le solde des frais d'hospitalisation restant dus peut être rectifié et imputé en soins caritatifs (gratuits).

- B. Soins à tarifs réduits (Discounted Care).** Si le patient d'un hôpital n'a pas d'assurance et que le revenu brut annuel de son foyer se situe entre 251 % et 550 % du seuil de pauvreté fédéral, l'hôpital procédera à une réduction du coût des soins correspondant aux montants AGB de l'hôpital (au sens de l'article III ci-dessous et de l'Annexe 1).
- C. Fonds affectés à un lit (Hospital Bed Funds).** Vous pouvez avoir le droit de percevoir une aide financière provenant des fonds affectés à un lit que l'hôpital reçoit en tant que don afin de fournir des soins médicaux aux patients hospitalisés. Il n'existe aucune limite spécifique de revenus pour bénéficier des fonds affectés à un lit. L'admissibilité est déterminée au cas par cas par les proposants des fonds qui décident selon les difficultés financières. Tous les patients qui remplissent une demande d'aide financière seront automatiquement considérés comme appartenant aux fonds affectés à un lit.
- D. Autres programmes d'aide financière propres à l'hôpital**
- (i) [ "Me & My Baby" Program.] **Programme « Mon bébé et moi » de Yale New Haven Hospital** Ce programme est proposé aux patientes du Yale New Haven Hospital. Il fournit des services prénataux, de travail et d'accouchement ainsi que certains soins post-partum à titre gratuit. Vous pouvez en bénéficier à condition de résider dans le comté de New Haven, de ne pas disposer d'assurance maladie d'aucun type et que votre foyer gagne moins de deux fois et demie le seuil de pauvreté fédéral. Pour obtenir de plus amples informations ou solliciter une demande, veuillez consulter nos représentants au Yale New Haven Hospital Women's Center ou appeler le 203-688-5470.
- (ii) Le service de consultation externe de Greenwich Hospital fournit des soins aux patients assurés par Medicare, Medicaid ou par des assurances offertes par l'accès à la santé du CT (Access Health CT) et dont le revenu familial est inférieur à 4 fois le niveau de pauvreté fédéral. En outre, le service de consultation externe fournit des soins à tarifs réduits aux patients qui ne sont pas admissibles à une assurance et qui résident à Greenwich et dont le revenu familial est inférieur à 4 fois le niveau de pauvreté fédéral. Pour de plus amples informations ou pour obtenir un formulaire de demande, veuillez appeler le 203-863-3334.

### **III. Plafonnement des frais : montants facturés aux patients admissibles aux FAP**

Lorsque l'octroi d'une aide financière ne couvre pas 100 % des frais engagés par YNHHS, les montants facturés aux patients admissibles à l'aide financière dans le cadre de cette Directive ne peuvent pas être supérieurs aux montants généralement facturés par un hôpital aux patients ayant une

couverture d'assurance pour de tels soins (AGB). YNHHS calcule chaque année les AGB par hôpital à l'aide de la « méthode rétrospective » et en fonction du paiement des honoraires à l'acte de Medicare, notamment les montants partagés par le bénéficiaire du Medicare et l'ensemble des assurances maladie privées qui règlent les demandes d'indemnisation auprès de chaque établissement hospitalier au titre de l'exercice fiscal précédent. YNHHS peut imputer la remise en pourcentage par hôpital ou peut choisir d'utiliser la réduction en pourcentage la plus favorable pour ses patients. Les AGB sont présentés à l'Annexe 1 ci-après.

Les termes « montant généralement facturé » et « méthode rétrospective » utilisés aux présentes ont la signification indiquée à l'alinéa (5), paragraphe (r) des articles 501 et 1.501 du code des impôts américain.

#### **IV. Méthode de demande d'aide**

Pour avoir droit à l'aide financière, le patient doit remplir la demande requise pour une demande d'assistance financière (la demande). La demande indique i) les programmes disponibles dans le cadre des FAP et les conditions d'admissibilité, ii) les exigences de documentation afin de déterminer l'admissibilité et iii) les coordonnées de l'assistance aux FAP. La demande précise également que i) l'hôpital répond à chaque demande par écrit, ii) les patients peuvent à tout moment formuler une nouvelle demande au titre des FAP et iii) des fonds supplémentaires pour des lits gratuits sont affectés chaque année. Les hôpitaux ne peuvent pas refuser d'aide financière conformément aux FAP en se fondant sur l'incapacité de fournir des informations ou des documents que les FAP ou la demande n'impose pas dans le cadre de la requête.

Les hôpitaux YNHHS déploieront des efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité et documenter les décisions d'admissibilité à l'aide financière relativement aux comptes applicables des patients. Une fois que l'hôpital identifie qu'un patient est admissible aux FAP, il doit :

- (i) Transmettre un relevé de facturation indiquant le montant que la personne doit en tant que patient admissible aux FAP, notamment comment ce montant a été déterminé, et stipule ou décrit comment la personne peut obtenir des informations concernant les AGB pour les soins,
- (ii) Rembourser la personne des montants qu'elle a versés pour les soins qui dépassent la somme lui incombant personnellement en tant que personne admissible aux FAP, sauf si ce montant est inférieur à 5 USD ou à une autre somme fixée par l'administration fiscale américaine, et
- (iii) Prendre des mesures raisonnables pour annuler toute action extraordinaire de recouvrement.

#### **V. Défaut de paiement – action en justice**

Un hôpital (et tout organisme de recouvrement ou autre institution à laquelle il a transmis la créance) ne doit engager aucune action extraordinaire de recouvrement (ECA) dans les 120 jours après émission du premier relevé de facturation post-décharge relatif aux soins et avant de déployer des efforts raisonnables pour établir si un patient ou toute autre personne assumant la responsabilité financière d'un compte de prise en charge personnel (les personnes responsables) est admissible à l'aide financière selon les FAP. Les ECA doivent être approuvées par le directeur général adjoint des

Services commerciaux ou ses délégués.

Conformément à ses procédures et pratiques opérationnelles internes, l'hôpital suit son cycle de facturation en ce qui concerne ses créances. Dans le cadre de telles procédures et pratiques, l'hôpital doit au minimum aviser les patients de ses FAP à compter de la date des soins et tout au long du cycle de facturation au titre des créances (ou pendant le délai légal requis, la plus longue de ces durées prévalant) en s'acquittant des obligations suivantes :

1. Il doit proposer à tous les patients un résumé en langage clair et un formulaire de demande d'aide financière conformément aux FAP, dans le cadre du processus d'admission ou de sortie d'un hôpital.
2. Il doit envoyer au moins trois relevés distincts de recouvrement des comptes de prise en charge personnelle par courrier postal ou électronique à la dernière adresse connue du patient et de toute autre personne responsable, à condition, toutefois, qu'aucun autre relevé ne doive être envoyé après la soumission par une personne responsable d'une demande complète d'aide financière dans le cadre des FAP ou après un règlement en totalité. Il doit laisser s'écouler un délai d'au moins 60 jours entre le premier et le dernier des trois courriers obligatoires. Il incombe aux personnes responsables de fournir une adresse postale correcte au moment des services ou lors d'un déménagement. En l'absence d'adresse valide sur un compte, la question de ce qui est « raisonnablement possible » est tranchée. Chaque relevé de compte de prise en charge personnelle des patients doit notamment comprendre les éléments suivants :
  - a. Un récapitulatif précis des services hospitaliers visés par le relevé,
  - b. Les frais de ces services,
  - c. Le montant devant être payé par les personnes responsables (ou une estimation de bonne foi, si ce montant n'est pas connu, à la date du relevé initial) et
  - d. Un avis écrit explicite qui notifie et informe la personne responsable de la disponibilité d'une aide financière en vertu des FAP, notamment le numéro de téléphone du service et l'adresse directe du site Internet permettant d'obtenir des copies des documents.
3. Au moins un des relevés envoyés par courrier postal ou électronique doit inclure un avis écrit informant les personnes responsables à propos des ECA devant être engagées si celles-ci ne demandent pas d'aide financière selon les FAP ou règlent le montant dû dans les délais impartis. Un tel relevé doit être transmis à la personne responsable au moins 30 jours avant l'échéance précisée dans le relevé. Un résumé en langage clair doit être joint à ce relevé. Il incombe aux personnes responsables de fournir une adresse postale correcte au moment des services ou lors d'un déménagement. En l'absence d'adresse valide sur un compte, la question de ce qui est « raisonnablement possible » est tranchée.
4. Avant l'engagement de toute ECA, l'hôpital doit tenter de contacter oralement au moins une fois la personne responsable par téléphone en composant le dernier numéro de téléphone connu, le cas échéant, au cours de la série de relevés envoyés électroniquement ou par la poste,

si le compte demeure non réglé. Pendant tous les entretiens, le patient ou la personne responsable doit être avisée de l'aide financière pouvant lui être proposée selon les FAP.

5. Sous réserve du respect des stipulations de la présente directive, un hôpital YNHHS peut entamer une ECA de la manière indiquée à l'Annexe 2 de cette directive pour obtenir le règlement des services médicaux dispensés.

## **VI. Disponibilité de la directive**

Des exemplaires des FAP, un résumé en langage clair des FAP et un formulaire de demande de FAP sont disponibles sur : <https://www.ynhhs.org/billing-insurance.aspx>.

Chaque hôpital met à votre disposition des exemplaires des FAP, un résumé en langage clair des FAP et un formulaire gratuit d'inscription sur demande, par courrier postal ou au service des urgences de l'hôpital ainsi que sur tous les lieux d'inscription grâce à un formulaire papier fourni en anglais et dans la langue principale des populations ayant une connaissance limitée de l'anglais et représentant au moins de 1000 personnes ou 5 % de la population desservie par l'hôpital. Veuillez consulter l'Annexe 3 pour connaître la liste des langues.

Veuillez contacter les services commerciaux en composant le numéro gratuit 855-547-4584, pour obtenir des renseignements sur l'admissibilité ou les programmes dont vous pouvez bénéficier, pour demander un exemplaire des FAP, un résumé en langage clair des FAP, un formulaire de demande de FAP, pour demander que vous soit envoyée par la poste la directive sur la facturation et sur le recouvrement, ou si vous avez besoin d'un exemplaire des FAP, d'un résumé en langage clair ou d'un formulaire de demande de FAP traduit dans une autre langue que l'anglais. De plus, les patients peuvent poser des questions aux services d'inscription, aux services financiers des patients et à l'action sociale/à la gestion des cas, sur lancement d'un processus de demande de FAP.

Des efforts complémentaires visant à assurer une large publicité aux FAP comprennent la publication d'avis dans les journaux de diffusion générale, la transmission d'avis écrits sur les FAP dans les relevés de facturation de même que dans les communications orales avec les patients relatives aux montants dus ainsi que la tenue de journées portes ouvertes et d'autres séances d'information.

## **VII. Comité de surveillance de la gestion**

Les FAP sont supervisés par un comité de surveillance présidé par un vice-président directeur d'YNHHS, composé des représentants des services commerciaux, des services financiers aux patients, des relations avec les patients, des finances et du personnel médical, le cas échéant. Ce comité se réunira au moins tous les trimestres.

## **VIII. Respect des lois d'un État**

Chaque hôpital se conformera aux lois de l'État, notamment au Statut général du Connecticut régissant le recouvrement par les hôpitaux auprès de patients non assurés et la Réglementation du Rhode Island pour la fourniture de soins caritatifs énoncés dans la section 11.3 des règles et des règlements du Département de la santé du Rhode Island relatifs à la conversion des hôpitaux (réglementations du RI)

## Financial Assistance Programs Policy

et la *Réglementation d'État pour la fourniture de soins de santé non compensée* énoncée à l'article 11.4 des Règlements du RI.

### **RÉFÉRENCES**

Alinéa (3) du paragraphe (c) de l'article 501 du code des impôts américain

Paragraphe (r) de l'article 501 du code des impôts américain

Conn. Gén. Stat. § 19a-673 et séq.

Règlements du RI 11.3 et 11.4

### **DIRECTIVES CONNEXES**

Directive de YNHHS sur la facturation et le recouvrement

Directive EMTALA de YNHHS : Dépistage médical/stabilisation, sur appel et transfert

Directive de l'hôpital Yale New Haven : Distribution de fonds pour des soins gratuits

Directives et procédures du centre de consultation externe de l'hôpital de Greenwich

Financial Assistance Programs Policy

**Annexe 1**

**250 % et 550 % du seuil défini par les directives fédérales sur la pauvreté (FPG) :**

	<b><u>Revenu annuel du foyer</u></b>	<b><u>100%</u></b>	<b><u>250%</u></b>	<b><u>550%</u></b>	
	1	12 490 USD	31 225 USD	68 695 USD	
	2	16 910 USD	42 275 USD	93 005 USD	
	3	21 330 USD	53 325 USD	117 315 USD	
	4	25 750 USD	64 375 USD	141 625 USD	
	5	30 170 USD	75 425 USD	165 935 USD	
	6	34 590 USD	86 475 USD	190 245 USD	
Soins gratuits (Free Care) : Ajouter 11 050 USD par membre supplémentaire du foyer					
Soins à tarifs réduits (Discounted Care) : Ajouter 24 310 USD par membre supplémentaire du foyer					

**Montants généralement facturés (AGB) :**

Tout patient ayant droit à l'aide financière selon la présente directive percevra celle-ci conformément aux conditions suivantes :

**Tous les hôpitaux YNHHS :**

<b>Revenu annuel du foyer</b>	<b>Montant de la réduction en % des frais</b>	<b>Règlement à la charge du patient en % des frais</b>
< ou = 250 % des FPG	100 %	0
> 250 % - 550% des FPG	69 %	31 %

*\*Pour l'année civile 2019, AGB (% des frais) : BH 34 %, GH 31,2 %, LMH 39,9 %, YNH 32,4 % et WH 33 %*

Révision 12 février 2019



**Annexe 2**

**ACTIONS EXTRAORDINAIRES DE RECOUVREMENT :**

**Droit de rétention des biens.**

La rétention sur une résidence personnelle n'est autorisée que si :

- a) Le patient a eu la possibilité de formuler une demande de fonds pour un lit gratuit et a omis de répondre, refusé ces fonds ou sa demande à ce titre a été jugée irrecevable,
- b) Le patient n'a pas fait de demande ou n'est pas qualifié pour une autre aide financière conformément à la directive d'aide financière de l'hôpital pour l'aider dans le règlement de sa dette ou s'est partiellement qualifié, mais n'a pas acquitté la quote-part lui incombant,
- c) Le patient n'a pas essayé de convenir de modalités de paiement ni ne s'y est engagé ou ne respecte pas les modalités de paiement convenues entre l'hôpital et lui,
- d) Le total du solde de son compte est supérieur à 10 000 USD et les biens devant faire l'objet de la rétention atteignent une valeur fiscale d'au moins 300 000 USD et
- e) La rétention ne se soldera pas par la saisie d'une résidence personnelle.

**Annexe 3**

**Langues acceptées pour une maîtrise réduite de l'anglais**

Albanais
Arabe
Chinois simplifié
Français
Créole français (Créole de Haïti)
Allemand
Grec
Hindi
Italien
Japonais
Coréen
Pachto
Dari persan
Farsi persan
Polonais
Portugais
Créole portugais (créole capverdien)
Russe
Espagnol
Swahili
Tagalog
Tigrinya
Turc
Vietnamien