



LOMA LINDA  
UNIVERSITY  
MEDICAL CENTER

# LOMA LINDA UNIVERSITY MEDICAL CENTER

## POLITIQUE D'EXPLOITATION

<b>CATÉGORIE :</b>	FINANCE	<b>CODE :</b>	C-22
<b>OBJET :</b>	AIDE FINANCIÈRE	<b>EN VIGUEUR :</b>	12/2017
		<b>REPLACE :</b>	12/2016
		<b>PAGE :</b>	1 sur 18

---

### OBJECTIF :

L'objectif de cette politique est de définir les critères qui seront utilisés par le Loma Linda University Medical Center, Loma Linda University East Campus Hospital, Loma Linda University Surgical Hospital and Loma Linda University Health Beaumont-Banning (ci-après collectivement LLUMC) pour respecter les exigences énoncées dans les lois de l'État et fédérales, notamment la section 501(r) du Code interne de revenus (Internal Revenue Code, IRC) de 1986, telle qu'amendé, ainsi que les règlements y afférents et la Loi des politiques de tarification équitable des hôpitaux (California Hospital Fair Pricing Policies Act).

Les hôpitaux de soins intensifs de Californie doivent mettre en place des politiques et des pratiques conformes à la loi californienne et à la section 501(r) de l'IRC, y compris aux exigences pour des politiques écrites offrant des réductions et des soins de charité aux patients financièrement admissibles. Cette politique vise à respecter de telles obligations juridiques et procure à la fois des soins de charité et des réductions aux patients qui répondent aux critères financiers dans le cadre des conditions générales de la Politique d'aide financière (Financial Assistance Policy, FAP) du LLUMC.

### ÉTENDUE DE LA POLITIQUE :

Cette politique fait partie intégrante de l'aide financière fournie aux patients par le LLUMC pour des services médicalement nécessaires. Toutes les demandes d'aide financière de la part des patients, des familles des patients, des médecins ou du personnel de l'hôpital seront traitées conformément à cette politique. Cette politique ne concerne pas les services de médecine fournis au LLUMC. Les médecins d'urgence ne sont pas employés par le LLUMC et ont adopté une politique séparée qui fournit des réductions aux patients non assurés ou aux patients dont les frais médicaux sont élevés. (Vous pouvez obtenir une liste des prestataires NON couverts dans le cadre de la FAP du LLUMC sur

<https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>.

**PHILOSOPHIE :**

En tant qu'organisation confessionnelle, le LLUMC s'efforce de répondre aux besoins de soins de santé des patients se trouvant dans les régions géographiques où nous offrons des services. La mission du LLUMC est de « continuer le ministère de guérison de Jésus Christ et de donner à l'homme sa forme pleine. » La mission du LLUMC est explicitement démontrée par cette politique FAP. La responsabilité première du LLUMC est de s'assurer que ses patients bénéficient de soins médicaux appropriés et humains fournis au bon moment, eu égard à la vie privée, à la dignité et au consentement éclairé des patients.

LLUMC offre des services hospitaliers de manière régulière aux patients qui vivent localement et aux alentours de Loma Linda. En tant que grand hôpital universitaire et hôpital tertiaire, le LLUMC fait également office de ressource régionale en s'occupant des besoins complexes de certains patients. Il accepte en outre régulièrement des transferts en provenance de nombreux autres hôpitaux. Le LLUMC offre aussi un grand nombre de programmes de traitement très spécialisés, dont certains sont uniques. Pour aider à répondre aux besoins de ses patients, le LLUMC s'est engagé à fournir un accès aux programmes d'aide financière quand les patients sont sans assurance ou sous-assurés et qu'ils peuvent avoir besoin d'aide pour payer leur facture d'hôpital. Ces programmes incluent des programmes de couverture parrainés par le gouvernement, des soins de charité et des soins de charité avec escomptes de paiement, comme définis dans la présente.

Selon la réglementation de la Loi fédérale sur le travail et les traitements médicaux d'urgence (Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act, EMTALA), il est interdit que le LLUMC s'engage dans des actions quelconques qui décourageraient des individus à chercher des soins médicaux d'urgence, comme en exigeant que le patient du département des urgences paye avant de recevoir un traitement pour des conditions médicales d'urgence, ou en autorisant des activités de recouvrement de dette qui interféreraient, sans discrimination, avec la prestation de soins de santé de première urgence.

**DÉFINITION DES TERMES :****Montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB) :**

Les autorités fiscales américaines exigent que le LLUMC mette en place une méthodologie selon laquelle les patients ayant droit à une aide financière ne soient pas facturés au-delà de l'AGB pour les services d'urgence et autres services médicalement nécessaires. À cette fin, le LLUMC adopte la méthode prospective basée sur les tarifs de Medicare.

**Soins de charité :**

Les soins de charité sont définis comme tout service hospitalier interne et externe médicalement nécessaire fourni à un patient ayant un revenu inférieur à 200 % du niveau actuel fédéral de pauvreté et ayant une qualification établie selon les conditions contenues dans la FAP de LLUMC.

**Escompte de paiement pour soins partiels de charité :**

Un escompte par le biais de la FAP est défini comme soins partiels de charité suite à tout service hospitalier interne et externe médicalement nécessaire fourni à un patient non assuré ou dont la couverture d'assurance ne fournit autrement pas de réduction par rapport aux tarifs habituels et courants du LLUMC; et 1) qui désire de l'aide pour payer sa facture d'hôpital ; 2) qui a un revenu égal ou inférieur aux 350 % du niveau fédéral de pauvreté ; et 3) qui a une qualification établie selon les conditions contenues dans la FAP de LLUMC.

**Frais bruts :**

Les frais globaux aux pleins tarifs établis de l'organisation pour la prestation de services de soins aux patients avant l'application de toute retenue sur le salaire.

**Plan de paiement admissible :**

Les plans de paiement établis par les patients ayant droit à un escompte par le biais de la FAP sont classés en tant que Plan de paiement admissible. Un plan de paiement admissible ne peut avoir d'intérêts facturés à un solde quelconque ou à la totalité des soldes dus de la part du patient/garant. Dans le cas où le LLUMC et le patient/garant ne tomberaient pas d'accord sur les conditions d'un plan de paiement admissible, l'hôpital doit utiliser la formule décrite dans la Section 127400 (i) du Code sur la santé et la sécurité (Health & Safety Code), de façon à établir les conditions d'un « plan de paiement raisonnable », tel que défini dans le Statut.

**Directive pour le Niveau fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level, FPL) :**

Les lignes directrices du FPL établissent les critères d'admissibilité du revenu brut et de la taille du foyer pour le statut des soins de charité et des escomptes, tels qu'ils sont décrits dans cette politique. Les lignes directrices du FPL sont régulièrement mises à jour par le Département de la Santé et des Services humains des États-Unis.

**Estimation de bonne foi :**

Un montant annoncé par le personnel du LLUMC chargé des enregistrements, qui représente un chiffre approximatif raisonnable du prix réel à payer pour les services reçus par le patient au LLUMC. Le personnel chargé des enregistrements s'efforcera de développer et d'annoncer une Estimation de bonne foi ; toutefois, le personnel chargé des enregistrements peut ne pas être capable de prédire entièrement les services médicaux réels qui seront par la suite commandés par le(s) médecin(s) traitant(s).

**Département des services internationaux :**

Tous les cas de charité internationaux doivent faire l'objet d'un examen et être approuvés par le Comité international de bienfaisance (International Charity Committee) en tenant compte de ses critères de budget annuel (politique de référence [Garanties au plan international \(C-51\)](#)) Les cas examinés et approuvés par le Comité ne sont pas admissibles à une aide financière par le biais de la FAP.

Conditions d'admission à la Politique d'aide financière du LLUMC:

Selon les qualifications d'un patient individuel, une aide financière du LLUMC peut être accordée pour des soins de charité ou un escompte de paiement pour soins partiels de charité. Si une personne demande des soins de charité ou un escompte et qu'elle ne fournit pas les informations qui sont raisonnables et nécessaires au LLUMC pour rendre une décision, le LLUMC peut tenir compte de ce manquement pour rendre sa décision. Une aide financière peut être refusée lorsque le patient/la personne responsable ne répond pas aux conditions d'admission de la FAP du LLUMC.

Services médicalement nécessaires :

Une aide financière dans le cadre de cette politique doit s'appliquer aux services médicalement nécessaires, tels que définis par le Bien-être de la Californie et le Code de l'établissement (California Welfare & Institutions Code), § 14059.5. Un service est dit médicalement nécessaire ou une nécessité médicale lorsqu'il s'avère raisonnable et nécessaire à la protection d'une vie, afin d'éviter une maladie grave ou un handicap important, ou encore pour atténuer des douleurs intenses. Les services uniques où d'autres thérapies médicalement efficaces sont disponibles sont exclus de cette définition. Voici certains exemples : 1) Services cosmétiques et/ou plastiques ; 2) Services de stérilité ; 3) Correction de la vision ; 4) Protonthérapie ; 5) Procédures robotiques ; 6) Orthèses/Prothèses ; 7) Grossesse de substitution ; ou 8) Autres services, principalement pour le confort et la commodité des patients.

Famille du patient : Les points suivants doivent être appliqués à tous les cas conformément à la FAP du LLUMC :

1. Pour les personnes âgées d'au moins 18 ans, le/la conjoint(e), le/la partenaire domestique, comme défini dans la Section 297 du Code de la famille de Californie (California Family Code), et les enfants à charge de moins de 21 ans, vivant au domicile ou non.
  - 1.1 Partenaire domestique : Un partenariat domestique doit être établi en Californie quand deux personnes déposent une Déclaration de partenariat domestique (Declaration of Domestic Partnership) auprès du Secrétaire d'État en vertu de cette division, et, au moment de la dépose, toutes les conditions suivantes sont respectées :
    - a. Les deux personnes ont une résidence commune.
    - b. Aucune des deux personnes n'est mariée à quelqu'un d'autre ou n'est membre d'un autre partenariat domestique avec quelqu'un d'autre qui n'a pas été terminé, dissout ou jugé nul.
    - c. Les deux personnes ne sont pas liées par le sang d'une façon qui les empêcherait d'être mariées dans cet État.
    - d. Les deux personnes ont au moins 18 ans.
    - e. Un de ces deux cas :
      - 1) Les deux personnes sont du même sexe.

2) Une des deux personnes ou les deux répond(ent) aux critères d'admissibilité en vertu du Titre II de la Loi de la Sécurité sociale (Social Security Act), comme définis dans 42 U.S.C. (United States Code, U.S.C.) Section 402(a) pour les prestations d'assurance vieillesse, ou le Titre XVI de la Loi de la Sécurité sociale, comme défini dans 42 U.S.C. Section 1381 pour les individus âgés. Nonobstant toute autre disposition de cette section, des personnes de sexes opposés peuvent ne pas constituer un partenariat domestique à moins qu'une des deux personnes ou les deux ne soient âgées de plus de 62 ans.

f. Les deux personnes sont capables de consentir à un partenariat domestique.

2. Pour les personnes âgées de moins de 18 ans, un parent, des parents du gardien, ou autres enfants de moins de 21 ans du parent ou du parent du gardien.

#### A. RESPONSABILITÉS GÉNÉRALES DU PATIENT

1. Être honnête : Les patients doivent être honnêtes et francs lorsqu'ils fournissent toutes les informations demandées par le LLUMC comme partie intégrante de la procédure de sélection pour une aide financière. Les patients sont tenus de fournir des documents d'admissibilité précis et véridiques qui sont raisonnablement nécessaires pour couvrir une aide financière par le biais de tout programme de couverture du gouvernement ou la FAP du LLUMC. De l'honnêteté sous-entend et exige une divulgation entière et complète des informations et/ou documents exigé(e)s.

2. Pour participer activement et se soumettre à la procédure de sélection financière : tous les patients non assurés et ceux qui demandent une aide financière devront remplir une FAP. Avant de quitter le LLUMC, les patients doivent vérifier quels sont les informations ou documents supplémentaires devant être soumis par le patient au LLUMC. Le patient partage la responsabilité de comprendre et de se conformer aux délais de dépôt des documents au LLUMC ou d'autres programmes d'aide financière.

3. Pour payer une partie ou la totalité des montants supplémentaires nécessaires qui sont dus : les patients doivent s'attendre et sont tenus de payer tout montant dû ou la totalité des montants dus au moment du service fourni. Lesdits montants dus comprennent, mais ne sont pas limités aux points suivants :

3.1 Co-paiements

3.2 Franchises

3.3 Dépôts

3.4 Montants de la part des coûts de Medi-Cal/Medicaid

3.5 Estimations de bonne foi

4. Pour le partage de la responsabilité des soins hospitaliers : chaque patient partage une responsabilité pour les soins hospitaliers qu'ils reçoivent. Ceci inclut un suivi pour l'obtention d'ordonnances ou d'autres soins médicaux après autorisation de sortie de l'hôpital. Le patient partage également la responsabilité d'assurer que des dispositions pour régler le compte patient ont été prises. Il est essentiel que chaque patient ou le représentant de sa famille coopère et communique avec le personnel du LLUMC pendant et après les services fournis.

## B. PROCESSUS HOSPITALIER et RESPONSABILITÉS

1. Une admissibilité dans le cadre de la FAP du LLUMC est fournie pour tout patient dont le revenu familial est inférieur à 350 % du niveau actuel fédéral de pauvreté, s'il est non couvert par une autre compagnie d'assurance, ou s'il est couvert par une assurance de responsabilité civile qui n'aboutit pas à un paiement total du compte.
2. La FAP du LLUMC utilise une demande unique et unifiée de patient pour les soins de charité totale et les escomptes. Le processus est conçu pour donner à chaque candidat l'occasion de recevoir la prestation maximale d'une aide financière à laquelle il a droit. La Demande d'aide financière (Financial Assistance Application, FAA) offre au patient les informations nécessaires pour déterminer l'admissibilité du patient par l'hôpital. Ces informations seront utilisées pour permettre au patient ou au représentant de la famille d'avoir une couverture maximale, disponible grâce à des programmes du gouvernement et/ou dans le cadre de la FAP du LLUMC.
3. Les patients admissibles peuvent y prétendre et faire une demande pour la FAP du LLUMC en suivant les instructions de demande suivantes et en s'efforçant de fournir au LLUMC les documents et les renseignements sur leur couverture médicale, de sorte que le LLUMC puisse rendre une décision sur l'admissibilité du patient pour une couverture dans le cadre du programme approprié. Être admissible ne suffit pas en tant que tel pour avoir droit aux prestations dans le cadre de la FAP du LLUMC. Le LLUMC doit réaliser une procédure d'évaluation de la candidature et déterminer son admissibilité avant d'octroyer des soins de charité totale ou des soins de charité avec escompte.
4. La FAP du LLUMC dépend de la coopération des patients individuels qui peuvent être admissibles pour une aide totale ou partielle. Pour faciliter la réception des informations financières sur le patient qui sont exactes et dans les délais, le LLUMC fera usage d'une

FAA. Il sera offert à tous les patients ne pouvant pas démontrer une couverture financière par des assureurs tiers l'opportunité de remplir la FAA.

5. Les patients sans assurance auront également l'occasion de recevoir des informations, de l'aide et une orientation pour des programmes soutenus par le gouvernement auxquels ils peuvent avoir droit. Des informations leur seront aussi fournies à propos d'une couverture d'assurance par le biais de 'Covered California'. Les patients non assurés recevront aussi les coordonnées des programmes d'aide juridique pour les consommateurs locaux, qui peut leur venir en aide pour obtenir une couverture.
6. Les patients sous-assurés dont les revenus sont inférieurs à 350 % du niveau fédéral de la pauvreté et qui doivent personnellement payer un montant après paiement de leur assurance peuvent aussi avoir droit à une aide financière. Tout patient faisant la demande d'une aide financière devra remplir une FAA.
7. La FAA doit être remplie dès que possible, car il y a indication que le patient peut avoir besoin d'une aide financière. Le formulaire de demande peut être rempli avant le service, au cours du séjour du patient, ou au terme des services fournis et que le patient est sorti de l'hôpital.
8. Ce que remplir une Demande d'aide financière FAA fournit :
  - 8.1 Les informations nécessaires pour que le LLUMC détermine si le patient a des revenus suffisants pour payer les services ;
  - 8.2 Les documents utiles pour déterminer une admission à une aide financière ; et
  - 8.3 Une piste d'audit qui documente l'engagement du LLUMC à fournir une aide financière.
9. Toutefois, une FAA dûment remplie n'est pas requise si le LLUMC, à son entière discrétion, détermine qu'il possède suffisamment d'informations financières sur le patient sur la base desquelles il peut prendre une décision pour une admission à une aide financière. (Voir Section E. CIRCONSTANCES SPECIALES DES SOINS DE CHARITES)

**C. ADMISSION : SOINS DE CHARITE TOTALE ET SOINS DE CHARITE AVEC ESCOMPTE :**

1. Une admission à une aide financière totale ou avec escompte doit uniquement être déterminée par les moyens financiers du patient et/ou du représentant de la famille du patient. Une admission à une aide financière ne repose en aucune manière sur l'âge, le

sexe, l'identité du sexe, l'orientation sexuelle, l'origine ethnique, la nationalité d'origine, le statut d'ancien combattant, l'invalidité ou la religion. Bien qu'une aide financière ne soit pas fournie sur une base discriminatoire ou arbitraire, le LLUMC conserve un pouvoir discrétionnaire intégral conforme aux lois et règlements, afin d'établir les critères d'admissibilité et de déterminer quand un patient a fourni suffisamment de preuves d'admissibilité à une aide financière.

2. Au cours de l'enregistrement, le LLUMC doit apporter une aide directe aux patients ou au représentant de leur famille afin de faciliter l'exécution de la FAA. L'exécution de la FAA et la présentation de toute information supplémentaire requise ou de sa totalité peuvent s'avérer nécessaires comme preuve d'admissibilité à une aide financière.
3. Reconnaissant que le LLUMC fournit un volume élevé de services de soins d'urgence et d'urgences moins graves à la communauté locale, des efforts sont faits pour réduire le fardeau des demandes dans certains cas. Bien que les frais pour des soins médicaux d'urgence soient assez élevés, ces cas sont moins fréquents que de nombreuses autres consultations mineures pour des soins. Lorsque les frais de consultation pour soins d'urgence sont inférieurs à 5 000 \$, le patient ou le représentant de la famille peuvent n'avoir qu'à soumettre une FAA dûment remplie et signée. Des déclarations de revenus ou des bulletins de salaire peuvent ne pas être requis dans de tels cas. Cependant, dans le cas où des frais sont supérieurs à 5 000 \$, le patient ou le représentant de la famille doivent fournir des documents de preuve de revenus sous forme de déclaration de revenus fédérale ou la copie d'au moins deux bulletins de salaire récents.
4. Il peut s'avérer nécessaire que le patient et/ou le représentant de la famille aient à fournir ultérieurement des justificatifs au LLUMC. Les instructions pour soumettre tout justificatif doivent être fournies au patient au moment de remplir la FAA. Le patient et/ou le représentant de la famille du patient demandant de l'aide pour respecter leur obligation financière envers LLUMC doit s'efforcer autant que possible de fournir les informations nécessaires, afin que le LLUMC puisse rendre une décision d'admission à une aide financière. La FAA et les justificatifs supplémentaires requis sont remis au Patient Business Office. Le lieu de ce bureau doit être clairement identifié dans les instructions de la demande.
5. Le LLUMC doit offrir un personnel qualifié pour examiner l'exhaustivité et l'exactitude des FAA. Les examens de demandes seront terminés aussi rapidement que possible en tenant compte du besoin d'une réponse rapide pour chaque patient.
6. Les facteurs pris en considération pour déterminer si un individu a le droit à une aide financière en vertu de cette politique peuvent comprendre les points suivants :
  - 6.1 Le revenu familial basé sur les déclarations de revenus fédérales, les bulletins de salaire récents, ou d'autres informations pertinentes fournies par le patient en



l'absence desdits documents ; et

6.2 La taille du foyer

7. Il est possible d'accorder une admission à une aide financière pour des soins de charité ou un escompte selon le niveau d'admission du patient ou du représentant de la famille, tel que cela est défini dans les critères de cette FAP. La décision pour une aide financière ne sera rendue que par le personnel approuvé du LLUMC selon les niveaux d'autorité suivants :

7.1 Gestionnaire du Patient Business Office :	Comptes inférieurs à 50 000 \$
7.2 Directeur du Patient Business Office :	Comptes inférieurs à 100 000 \$
7.3 Directeur exécutif du Business Office :	Comptes inférieurs à 250 000 \$
7.4 Vice-président, cycle des revenus :	Comptes supérieurs à 250 000 \$

8. Une fois établie, l'admission à une aide financière sera appliquée aux services spécifiques et aux dates de service pour lesquelles la demande a été faite par le patient et/ou le représentant de la famille du patient. En cas de soins continus relatifs au diagnostic d'un patient qui nécessite des services connexes continus, le LLUMC, à sa seule discrétion, peut traiter les soins continus en tant que cas unique pour lequel l'admission s'applique à tous les services continus connexes que le LLUMC fournit. D'autres soldes pré-existants du compte patient restant dû au moment d'une décision d'admission par le LLUMC seront inclus comme admissibles pour une radiation à la seule discrétion de la direction du LLUMC.
9. En aucun cas les obligations du patient pour la part des versements de Medi-Cal/Medicaid ne seront annulées. Toutefois, après le recouvrement de la part des coûts du patient, tout solde non couvert ou autrement impayé relatif à une part des coûts d'un Medi-Cal/Medicaid peut être pris en considération pour des soins de charité.
10. Les patients se trouvant entre 201 % et 350 % du FPL ne payeront pas plus que Medicare ne le ferait habituellement pour un épisode similaire de service. Ceci doit s'appliquer à tous les services hospitaliers d'urgence et récurrents internes et externes médicalement nécessaires fournis par le LLUMC.
11. Les patients admissibles à la FAP seront facturés moins que les frais bruts.

**D. CHARITE TOTALE ET ESCOMPTE : NIVEAUX D'ADMISSION DU REVENU  
PATIENT SANS ASSURANCE**

1. Si les revenus familiaux d'un patient non assuré s'élèvent à 200 % ou moins du niveau établi de pauvreté selon les revenus, basés sur les lignes directrices actuelles de FPL, et que le patient répond à toutes les autres conditions d'admission à une aide financière, le

patient a droit à des soins de charité totale.

2. Si les revenus familiaux du patient se situent entre 201 % et 350 % du niveau établi de pauvreté selon les revenus, basés sur les lignes directrices actuelles de FPL, et que le patient répond à toutes les autres conditions d'admission à une aide financière, les points suivants s'appliquent :
  - 2.1 Si les services ne sont pas couverts par un tiers payant de sorte que le patient serait normalement responsable des frais complets facturés, l'obligation de paiement du patient sera un pourcentage du montant de Medicare (taux de paiement de Medicare à pleine charge, à savoir : indice des salaires, IME [Indirect Medical Expenses, IME], DME [Direct Medical Expenses, DME], etc. et l'obligation de paiement du patient) de ce que le programme de Medicare aurait payé le service si le patient en était un bénéficiaire. Le pourcentage réel payé par tout patient individuel sera basé sur l'échelle mobile indiquée dans le tableau 1 ci-dessous :

**TABLEAU 1**

**Programme d'escomptes à échelle mobile**

<b>Pourcentage familial du FPL</b>	<b>Réduction sur M/Care admissible</b>	<b>Pourcentage des paiements OOP du patient (de M/Care)</b>
201 – 260 %	75 %	25 %
261 – 320 %	50 %	50 %
321 – 350 %	25 %	75 %

3. Si les revenus familiaux du patient sont supérieurs à 350 % du niveau établi de pauvreté selon les revenus basés sur les lignes directrices actuelles de FPL, et que le patient répond à toutes les autres conditions d'admission à une aide financière, les points suivants s'appliquent :
  - 3.1 Si les services ne sont pas couverts par un tiers payant de sorte que le patient serait normalement responsable des frais complets facturés, l'obligation de paiement total du patient sera un montant égal à 100 % du montant brut (taux de paiement globaux de Medicare, à savoir : indice des salaires, IME, DME, etc. et l'obligation de paiement du patient) de ce que le programme de Medicare aurait payé le service si le patient en était un bénéficiaire.

**PATIENT ASSURÉ**

1. Si les revenus familiaux du patient assuré se situent entre 201 % et 350 % du niveau établi de pauvreté selon les revenus basés sur les lignes directrices actuelles de FPL, et que le patient répond à toutes les autres conditions d'admission à une aide financière, les points suivants s'appliquent :
  - 1.1 Pour les services reçus par les patients qui sont couverts par un tiers payant de sorte que le patient est seulement responsable d'une portion des frais facturés (c.-à-d. une franchise ou un co-paiement), l'obligation de paiement du patient sera alors un montant égal à la différence entre ce que l'assurance a payé et le montant de Medicare (taux de paiement globaux de Medicare, à savoir : indice des salaires, IME, DME, etc. et l'obligation de paiement du patient) de ce que Medicare aurait payé si le patient en était un bénéficiaire (à savoir, si l'assurance a payé plus que le montant admissible de Medicare, le patient ne devra rien payer de plus, mais si l'assurance du patient a payé moins que le montant admissible de Medicare, le patient devra payer la différence entre le montant de l'assurance payé et le montant admissible de Medicare).
2. Si les revenus familiaux du patient sont supérieurs à 350 % du niveau établi de pauvreté selon les revenus basés sur les lignes directrices actuelles de FPL, les points suivants s'appliquent :
  - 2.1 Pour les services reçus par les patients couverts par un tiers payant de sorte que le patient est seulement responsable d'une portion des frais facturés (c.-à-d. une franchise ou un co-paiement), l'obligation de paiement du patient sera alors un montant égal à la différence entre ce que l'assurance a payé et le montant brut que Medicare aurait payé pour le service, plus vingt pour cent (20 %). Par exemple, si l'assurance a payé plus que le montant admissible de Medicare plus 20 %, le patient ne devra rien payer de plus, mais si l'assurance du patient a payé moins que le montant admissible de Medicare plus 20 %, le patient devra payer la différence entre le montant de l'assurance payé et un montant égal au montant admissible de Medicare plus 20 %.

**E. CIRCONSTANCES SPECIALES DES SOINS DE CHARITES**

1. Si le patient est déterminé par le personnel des enregistrements du LLUMC comme étant sans domicile et sans couverture d'un tiers payant, il/elle devra être jugé(e) comme étant automatiquement admissible à des soins de charité totale.
2. Les patients décédés qui n'ont pas de couverture d'un tiers payant, de succession identifiable ou pour qui aucune audience de succession n'est prévue, devront être jugés

comme étant automatiquement admissibles à des soins de charité totale.

3. Les patients qui sont déclarés en faillite par une ordonnance délivrée par une cour fédérale de faillite au cours des douze (12) derniers mois devront être jugés comme étant admissibles pour des soins de charité totale. Le patient ou le représentant de la famille devra fournir une copie du document d'ordonnance comme partie intégrante de leur demande.
4. Les patients examinés en urgences, pour qui le LLUMC n'est pas à même d'émettre un relevé de facturation peut avoir les frais de leur compte radiés en tant que soins de charité totale (c.-à-d. que le patient sort avant que les informations sur la facturation ne soient obtenues). Toutes les circonstances de ce genre seront identifiées dans les notes du compte du patient comme partie essentielle du processus de documentation.
5. Le LLUMC décide des patients qui sont admissibles aux programmes d'aide aux ménages à faible revenu soutenus par le gouvernement (par ex. Medi-Cal/Medicaid, California Children's Services (CCS), et tout autre programme d'État ou local pour ménages à faible revenu applicables) pour être automatiquement admissibles à des soins de charité totale lorsqu'un paiement n'est pas réglé par le programme du gouvernement. Par exemple, les patients qui sont admissibles pour Medi-Cal/Medicaid ainsi que d'autres programmes du gouvernement pour répondre aux besoins des patients à faible revenu (par ex. Child Health & Disability Prevention [CHDP] et certains CSC), où le programme n'effectue pas de paiement pour tous les services ou toutes les journées au cours d'un séjour à l'hôpital, ont droit à une couverture d'aide financière. Dans le cadre de la FAP du LLUMC, ces types de soldes de comptes patients non remboursés sont admissibles pour une radiation complète en tant que soins de charité. Les frais concernant les séjours refusés ou les journées de soins refusées sont inclus en particulier en tant que soins de charité. Tous les refus en matière de Demande d'autorisation de traitement (Treatment Authorization Request, TAR) fournis à Medi-Cal/Medicaid et aux autres patients couverts par des programmes admissibles aux ménages à faible revenu (par ex. une couverture restreinte) doivent être classés dans la catégorie des soins de charité.
6. Toute évaluation pour une aide financière concernant des patients qui sont couverts par le programme de Medicare doit inclure une analyse raisonnable de tous les actifs, passifs, revenus et toutes les dépenses du patient, avant toute condition d'admission à un programme d'aide financière. De telles évaluations d'aide financière doivent être effectuées avant la fin du service par le LLUMC.
  - 6.1 Nonobstant ce qui précède, la portion des comptes patients de Medicare (a) pour laquelle le patient est financièrement responsable (montants de la coassurance et montants déductibles), (b) qui n'est pas couverte par l'assurance ou tout autre payeur, y compris Medi-Cal/Medicaid, et (c) qui n'est pas remboursée par Medicare comme créance irrécouvrable peut être classée dans la catégorie des

soins de charité si les conditions suivantes sont remplies :

- a. Le patient est un bénéficiaire dans le cadre de Medi-Cal/Medicaid ou un autre programme répondant aux besoins de soins de santé des patients à faible revenu ; et
  - b. Le patient a autrement droit à une aide financière dans le cadre de cette politique, puis uniquement jusqu'à la radiation proposée dans le cadre de cette politique.
7. Tout patient non assuré dont les revenus sont supérieurs à 350 % du FPL actuel qui vit un événement médical catastrophique peut être jugé admissible à une aide financière. Les patients qui ont des revenus plus élevés n'ont pas droit à des soins de routine de charité totale ni à des soins payés avec escompte. Cependant, un événement médical catastrophique peut être pris en considération au cas par cas. La décision d'un événement médical catastrophique doit se baser sur le montant de la responsabilité du patient pour les frais facturés, en prenant compte des revenus et des actifs du patient tels qu'ils sont signalés au moment de l'événement. La direction doit faire preuve de discernement lorsqu'elle rend sa décision en se basant sur un événement médical catastrophique. En règle générale, tout compte avec la responsabilité d'un patient pour des services rendus qui excèdent 200 000 \$ peut être pris en compte pour admissibilité en tant qu'événement médical catastrophique.
8. Tout compte renvoyé au LLUMC de la part d'une agence de recouvrement, qui a décidé que le patient ou le représentant de la famille n'a pas les ressources pour payer sa facture peut être jugé admissible à des soins de charité. Des documents sur l'incapacité du patient ou du représentant de la famille à payer ses services seront conservés dans le dossier de documentation des soins de charité.

**F. CRITERES DE REAFFECTATION D'UNE CREANCE IRRECOUVRABLE A DES SOINS DE CHARITE**

1. Toutes les agences de recouvrement externes sous contrat avec le LLUMC pour le suivi de comptes et/ou le recouvrement de créances irrécouvrables utiliseront les critères suivants afin d'identifier un changement de statut d'une créance irrécouvrable à des soins de charité :
  - 1.1 Les comptes patients ne doivent pas avoir d'assurance applicable (y compris les programmes de couverture du gouvernement ou autres tiers payants) ; et
  - 1.2 Le patient ou le représentant de la famille doit avoir une cote de crédit et/ou de comportement dans la limite du 25<sup>e</sup> percentile le plus bas des cotes de crédit pour toute méthode d'évaluation de crédit utilisée ; et

- 1.3 Le patient ou le représentant de la famille n'a pas effectué de paiement au cours des 150 jours de l'affectation à une agence de recouvrement ;
  - 1.4 L'agence de recouvrement a décidé que le patient/représentant de la famille est incapable de payer ; et/ou
  - 1.5 Le patient ou le représentant de la famille ne possède pas de numéro de sécurité sociale valide et/ou une adresse de résidence établie avec précision de façon à déterminer une cote de crédit.
2. Tous les comptes renvoyés à une agence de recouvrement pour une ré-affectation de créance irrécouvrable à des soins de charité seront évalués par le personnel du Département de la facturation du LLUMC avant toute re-classification au sein du système et des registres de comptabilité de l'hôpital.

#### G. AVIS DU PATIENT

1. Une fois une décision d'admissibilité rendue, une lettre indiquant le statut de la décision sera envoyée au patient ou au représentant de la famille. La lettre du statut de la décision devra indiquer un des points suivants :
  - 1.1 Approbation : La lettre indiquera que le compte est approuvé, le niveau d'approbation et tout montant en souffrance dû par le patient. Des informations et des indications pour toutes actions futures seront également fournies.
  - 1.2 Refus : Les raisons du refus d'admissibilité basées sur la FAA seront expliquées au patient. Tout montant en souffrance dû par le patient sera également identifié. Des coordonnées et des instructions pour tout paiement seront fournies.
  - 1.3 En attente : Le demandeur sera informé de la raison pour laquelle la FAA est incomplète. Toutes les informations importantes seront identifiées et l'avis exigera que les informations soient fournies au LLUBMC par le patient ou le représentant de la famille.

#### H. PLANS DE PAIEMENT ADMISSIBLES

1. Quand la décision d'un escompte a été rendue par le LLUMC, le patient doit avoir l'option de payer une partie ou la totalité du montant en souffrance dû en un seul paiement ou par l'intermédiaire d'un plan de paiement admissible de durée prévue.
2. Le LLUMC doit discuter des options de plan de paiement avec chaque patient qui demande à prendre des dispositions pour des délais de paiement. Des plans de paiement individuels seront organisés en se basant sur la capacité du patient à satisfaire les conditions de paiement avec efficacité. En règle générale, les plans de paiement seront structurés pour ne durer pas plus de 12 mois.

3. Le LLUMC doit négocier en bonne foi avec le patient. Toutefois, il n'y a aucune obligation à accepter les conditions de paiement que le patient offre. Dans le cas où le LLUMC et un patient individuel ou un garant ne peuvent parvenir à un accord pour établir un Plan de paiement admissible, l'hôpital utilisera la formule du « Plan de paiement raisonnable », tel qu'il est défini dans le Code de la Santé & de la Sécurité Health & Safety Code, Section 127400 (i) comme base pour un plan de paiement. Un « Plan de paiement raisonnable » signifie des paiements mensuels qui ne représentent pas plus de 10 pour cent (10 %) des revenus familiaux d'un patient pendant un mois, hormis les déductions pour frais de subsistance. Pour appliquer la formule du « Plan de paiement raisonnable », le LLUMC doit recueillir des informations de la famille du patient sur les revenus et les « frais de subsistance » selon le Statut. Le LLUMC doit utiliser un formulaire standard pour recueillir ces informations. Chaque patient ou garant cherchant à établir un plan de paiement en appliquant la formule du « plan de paiement raisonnable » doit fournir le revenu familial et des renseignements sur les frais, comme demandé, à moins que la demande de renseignements ne soit annulée par les représentants du LLUMC.
4. Aucun intérêt ne sera facturé sur les comptes patients admissibles pendant la durée de tout plan de paiement organisé dans le cadre des dispositions de la FAP.
5. Une fois un plan de paiement approuvé par le LLUMC, l'incapacité quelconque de régler tous les paiements consécutifs dus au cours d'une période de 90 jours constituera un défaut du plan de paiement. Il incombe au patient ou au garant de contacter le Patient Business Office du LLUMC si ses circonstances ont changé et que les conditions du plan de paiement ne peuvent pas être respectées. Cependant, dans le cas d'un défaut de plan de paiement, le LLUMC s'efforcera de contacter le patient ou le représentant de sa famille par téléphone et de le notifier du défaut par écrit. Le patient doit avoir l'opportunité de renégocier le plan de paiement rallongé ; il peut le faire en contactant un représentant du Patient Business Office dans un délai de quatorze (14) jours à partir de la date de l'avis par écrit du défaut du plan de paiement rallongé. Si le patient ne demande pas à renégocier le plan de paiement rallongé dans un délai de quatorze (14) jours, le plan de paiement sera jugé inopérant et le compte sera sujet à un recouvrement.
6. Tous les plans de paiement doivent de préférence être traités via un fournisseur par un transfert électronique de fonds (Electronic Funds Transfer, EFT). Néanmoins, dans le cas où le patient ou le représentant de la famille exprimerait la volonté de payer dans le cadre d'un plan de paiement, sans passer par un fournisseur externe de TEF, le LLUMC s'efforcera de satisfaire cette demande à condition que le patient paye le Plan de paiement rallongé en espèce, par chèque, mandat ou carte de crédit.

**I. RESOLUTION D'UN LITIGE**

1. Dans le cas où un litige surviendrait à propos de l'admissibilité au programme d'aide financière, le patient peut faire appel par écrit pour réexamen auprès du LLUMC. L'appel par écrit doit contenir une explication complète du litige du patient et ses raisons pour un réexamen. Tout document pertinent supplémentaire pour soutenir la plainte du patient doit être mis en pièce jointe à l'appel par écrit.
2. Les appels seront examinés par le Directeur exécutif du Patient Business Office. Le Directeur exécutif devra prendre en considération tous les relevés écrits du litige et toute pièce jointe. Après avoir terminé un examen des demandes du patient, le Directeur exécutif devra fournir au patient une explication écrite des observations et de la décision prise. Toute décision de la part du Directeur exécutif sera finale. Aucun autre appel n'est possible.

**J. AVIS PUBLIC**

1. Le LLUMC doit afficher des avis informant le public sur la FAP, la FAA, le Résumé en langage clair et simple et la Politique de facturation et de recouvrements. De tels avis doivent être affichés en gros volumes dans les zones des services internes et externes du LLUMC, y compris, mais sans s'y limiter, les urgences, le bureau de la facturation, les zones d'admission des patients hospitalisés et d'enregistrement des patients ambulatoires ou d'autres salles d'attente communes pour patients du LLUMC. Les avis doivent également être affichés en tout lieu où un patient peut payer sa facture. Les avis doivent inclure des coordonnées sur les moyens qu'un patient possède pour obtenir plus d'information sur une aide financière ainsi que l'endroit où faire une demande pour cette aide.
  - 1.1 Ces avis doivent être affichés en anglais et en espagnol, ainsi que toute autre langue, comme cela est exigé par l'IRC dans la section 501(r).
2. En outre, la Politique d'aide financière, la Demande d'aide financière, le Résumé en langage clair et simple et la Politique de facturation et recouvrements doivent être disponibles en ligne sur <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>.
3. Des copies papier des documents susmentionnés doivent être disponibles au public sur demande raisonnable, sans frais supplémentaires. Le LLUMC doit répondre à ces demandes de manière rapide.



**K. RAPPORT SUR LES SOINS DE CHARITE TOTALE ET LES ESCOMPTE**

1. Le LLUMC doit signaler les soins de charité réels fournis en conformité à ces exigences réglementaires du Bureau de la planification et du développement de la santé dans tout l'État (Office of Statewide Health Planning and Development, OSHPD) comme cela est contenu dans le Manuel comptable et d'information des hôpitaux, 2e Édition (Accounting and Reporting Manual for Hospitals). Pour se conformer au règlement, le LLUMC doit maintenir une documentation écrite concernant ses critères de soins de charité, et pour les patients individuels, le LLUMC doit maintenir une documentation écrite concernant toutes les décisions de soins de charité. Comme exigé par l'OSHPD, les soins de charité fournis aux patients doivent être enregistrés selon les frais réels pour les services fournis.
2. Le LLUMC doit fournir à l'OSHPD une copie de cette FAP qui inclut les politiques de soins de charité totale et les escomptes en un seul document. La FAP contient également les points suivants : 1) toutes les procédures d'admissibilité et d'admission des patients ; 2) la demande unifiée pour des soins de charité totale et un escompte ; et 3) la procédure d'examen pour les soins de charité totale et les escomptes. Ces documents doivent être fournis à l'OSHPD tous les deux ans ou chaque fois qu'un changement important a lieu.

**L. AUTRES**

1. Confidentialité : il est reconnu que le besoin d'une aide financière est un problème sensible et profondément personnel pour les bénéficiaires. La confidentialité des demandes, des informations et du financement sera maintenue pour tous ceux qui cherchent à obtenir ou qui reçoivent une aide financière. L'orientation du personnel et la sélection du personnel qui mettra en place cette politique doivent être guidées par ces valeurs.
2. Exigences de bonne foi : le LLUMC prend ses dispositions pour une aide financière pour des patients admissibles en bonne foi et se repose sur le fait que les informations présentées par le patient ou le représentant de la famille sont complètes et exactes. L'apport d'une aide financière ne supprime pas le droit de facturer, soit rétrospectivement, soit au moment du service fourni, pour tous les services lorsque des informations frauduleuses ou délibérément inexactes sont fournies par le patient ou un représentant de la famille. En outre, le LLUMC se réserve le droit de chercher tous les recours disponibles, civils et criminels, contre ces patients ou représentants de la famille qui ont fourni des informations frauduleuses ou délibérément inexactes de façon à être admissibles à la FAP du LLUMC.
3. Politique de crédit et de recouvrements : le LLUMC a créé une Politique de facturation et recouvrements, qui est disponible en ligne sur <https://medical-center.lomalindahealth.org/financial-assistance#llumc>. Toute action exercée par le LLUMC afin d'obtenir des informations de crédit sur un patient/une partie responsable ou en rapport avec l'orientation d'un patient/d'une partie responsable vers une agence de recouvrement externe doit être conforme à la Politique de crédit et de recouvrements.

**CATÉGORIE :** FINANCE

**CODE :** C-22

**OBJET :** AIDE FINANCIÈRE

**PAGE :** 18 sur 18

---

APPROUVÉ : Haute direction de l'hôpital, Conseil du LLUMC, Président directeur général du LLUMC; Vice-président directeur des finances du LLUMC, Carolyn Marovitch