

COMMONSPIRIT HEALTH ADDENDUM À LA POLITIQUE DE GOUVERNANCE

Addendum Finance G-003A-1

DATE D'EFFET : 1^{er} juillet 2022

OBJET : Assistance financière - Californie

POLITIQUES ASSOCIÉES

Politique de gouvernance de CommonSpirit

Finance G-003, *Assistance financière*

Politique de gouvernance de CommonSpirit
recouvrement

Finance G-004, *Facturation et*

Tel que décrit dans la Politique de Gouvernance juridique G-003 de CommonSpirit, Assistance financière (la Politique d'assistance financière), la Politique de CommonSpirit Health, et de chacune de ses filiales directes exemptées d'impôt¹ et de ses filiales exemptées d'impôt² qui exploitent un Établissement hospitalier (désigné individuellement comme un Organisme hospitalier CommonSpirit et collectivement comme les Organismes hospitaliers CommonSpirit), est de fournir, sans discrimination, des Soins médicaux d'urgence et des Soins médicalement nécessaires (tels que définis dans la Politique d'assistance financière et désignés dans le présent document sous le nom de soins EMCare) dans les Établissements hospitaliers CommonSpirit à tous les patients, sans tenir compte de leur capacité financière à payer.

Cet addendum pour la Californie (l'Addendum) documente la conformité des Organismes hospitaliers CommonSpirit aux politiques de tarification équitable des hôpitaux décrites dans le California Health and Safety Code (Sections 127400-127446). Toutes les références aux Organismes hospitaliers CommonSpirit dans le présent document font référence aux établissements situés dans l'État de Californie. Si une disposition du présent Addendum est en conflit ou incompatible avec une disposition de la Politique d'aide financière ou de la Politique de Gouvernance juridique G-004 de CommonSpirit, *Facturation et recouvrement*, le présent Addendum prévaudra.

¹ Une Filiale directe désigne toute société dont CommonSpirit est le seul membre ou l'unique actionnaire, ainsi que la société à but non lucratif Dignity Community Care, du Colorado.

² Une Filiale désigne soit une organisation, qu'elle soit à but lucratif ou non, dans laquelle une Filiale directe détient le pouvoir de nommer cinquante pour cent (50 %) ou plus des membres votants de l'organe de direction de cette organisation ou détient cinquante pour cent (50 %) ou plus des droits de vote dans cette organisation (comme attesté par des pouvoirs d'adhésion ou des titres conférant un certain pouvoir de décision à la Filiale Directe) ou toute organisation dans laquelle une Filiale détient ce pouvoir ou ces droits de vote.

I. DÉFINITIONS

Par Soin caritatif, on entend une Assistance financière complète (c.-à-d. une remise de 100 %) aux patients admissibles, qui libère le patient et son garant de l'ensemble de leur obligation financière de payer les services admissibles. Les soins caritatifs ne réduisent pas le montant, le cas échéant, qu'un tiers peut être tenu de payer pour les services admissibles fournis au patient. Dans le présent Addendum, les soins caritatifs sont différenciés des remises ou autres formes d'assistance financière lorsqu'il est question du montant accordé dans le cadre du programme d'Assistance financière en tant que renonciation totale au solde du compte (soins caritatifs) par opposition à une renonciation partielle au solde du compte (remises ou autres formes d'assistance financière).

Par Soin à prix réduit, on entend une Assistance financière partielle accordée aux patients admissibles, qui libère le patient et son garant d'une part de leur obligation financière de payer les services admissibles. Les Soins à prix réduit ne réduisent pas le montant, le cas échéant, qu'un tiers peut être tenu de payer pour les services admissibles fournis au patient. Les remises exclues du programme d'aide financière sont les remises habituelles dont l'application n'est pas basée sur la capacité à payer.

Par Frais de subsistance, on entend : le paiement et l'entretien du logement, la nourriture et les articles ménagers, les services publics et le téléphone, l'habillement, les frais médicaux et dentaires, les assurances, les frais de scolarité ou de garde d'enfants, les pensions alimentaires pour enfants ou pour conjoint, les frais de transport et d'automobile, y compris les assurances, le carburant et les réparations, les paiements échelonnés, le blanchissage et le nettoyage, et d'autres dépenses exceptionnelles.

Par Famille on entend : (a) Pour les personnes âgées de dix-huit (18) ans et plus, le conjoint, le concubin, tel que défini à l'article 297 du Code de la famille de Californie, et les enfants à charge âgés de moins de vingt-et-un (21) ans, qu'ils vivent ou non au foyer. (b) Pour les personnes âgées de moins de dix-huit (18) ans, un parent, les parents qui s'occupent d'eux et les autres enfants de moins de vingt et un (21) ans du parent ou du proche qui s'occupe d'eux.

Le Revenu familial est déterminé conformément à la définition de l'IRS du Revenu brut ajusté modifié pour le demandeur et tous les membres de sa famille. Pour déterminer l'éligibilité, l'hôpital peut prendre en compte les « actifs financiers » de la famille du patient. Toutefois, aux termes de cette détermination, les actifs monétaires n'incluront pas les plans de retraite ou de compensation différée qualifiés en vertu de l'Internal Revenue Code, ni les plans de compensation différée non qualifiés. En outre, les premiers dix mille dollars (10 000 \$) de l'actif monétaire de la famille du patient ne sont pas pris en compte dans la détermination de l'admissibilité, et 50 % de l'actif monétaire de la famille du patient au-delà des premiers 10 000 \$ ne sont également pas pris en compte dans la détermination de cette admissibilité.

Assistance financière désigne les soins caritatifs, les soins à prix réduit ou toute autre forme d'assistance financière, telle que décrite dans le présent Addendum. L'Assistance financière NE comprend PAS:

- les créances non recouvrables ou les frais non recouvrables que l'Organisme a comptabilisé comme recettes, mais qu'il a radié en raison du défaut de paiement d'un patient, ou du coût de la prestation de ces soins à ces patients,
- la différence entre le coût des soins fournis dans le cadre de Medi-Cal ou d'autres programmes gouvernementaux sous condition de ressources ou de Medicare et les recettes qui en découlent,
- les remises pour paiement spontané ou sur facture, ou
- les ajustements contractuels avec les tiers payeurs éventuels.

La Remise pour précarité est la remise supplémentaire accordée à un patient qui satisfait aux critères établis ci-dessous.

Un patient à frais médicaux élevés est un patient qui bénéficie d'une couverture santé et qui répond également à l'un des deux critères suivants : (a) les débours annuels remboursables à la charge de la personne assurée auprès de l'Organisme hospitalier CommonSpirit dépassent le plus petit des deux entre le revenu familial actuel du patient de 10 % ou le revenu familial au cours des douze (12) mois précédents ; ou (b) les frais médicaux annuels remboursables à la charge de la personne dépassent le revenu familial du patient de 10 %, si le patient fournit des documents attestant des frais médicaux payés par le patient ou sa famille au cours des douze (12) mois précédents.

Un plan de paiement raisonnable est un plan de paiement échelonné dans lequel les paiements mensuels ne dépassent pas 10 % du revenu familial du patient pour un mois, après avoir exclu les déductions pour les frais de subsistance. Les plans de paiements échelonnés proposés par les Organismes hospitaliers CommonSpirit pour aider les patients éligibles selon cet Addendum sont exempts d'intérêts.

II. EXIGENCES DU PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE DE LA CALIFORNIE

Les exigences suivantes du présent Addendum s'appliquent aux patients recevant des services dans un Établissement hospitalier CommonSpirit de l'État de Californie.

A. Soins caritatif (jusqu'à 250 % du FPL)

Tout patient dont le revenu familial est égal ou inférieur à 250 % du FPL, y compris, mais sans s'y limiter, tout patient non assuré ou tout patient ayant des frais médicaux élevés, peut bénéficier de soins caritatifs équivalant à une réduction de 100 % du solde de son compte pour les services admissibles fournis au patient après paiement, le cas échéant, par un ou plusieurs tiers.

B. Réduction pour les patients non assurés et les patients dont les frais médicaux sont élevés (inférieurs ou égaux à 400 % du FPL) et plans de paiement échelonnés

Tout patient non assuré ou ayant des frais médicaux élevés qui ne remplit pas les conditions requises pour bénéficier des soins caritatifs en vertu du paragraphe (A) ci-dessus et dont le revenu familial est égal ou inférieur à 400 % du FPL peut bénéficier de soins à prix réduit pour les services admissibles qu'il a reçus et d'un plan de paiement échelonné exempt d'intérêts. Ces soins à prix réduit limiteront le paiement attendu pour les services admissibles à un montant qui (i) ne dépasse pas le montant du paiement que l'Organisme hospitalier CommonSpirit s'attendrait de bonne foi à recevoir pour la prestation de services de la part de Medicare, Medi-Cal ou de tout autre programme de soins de santé parrainé par le gouvernement auquel l'hôpital participe, selon le montant le plus élevé, et (ii) dans tous les cas, ne dépasse pas l'AGB (tel que défini dans la Politique d'aide financière) pour les services admissibles fournis au patient.

Sur demande, les patients qui bénéficient de soins à prix réduit se verront proposer un plan de paiement échelonné exempt d'intérêts qui leur permettra de payer le montant réduit sur une période donnée. L'Organisme hospitalier CommonSpirit et le patient doivent négocier les modalités du plan de paiement et prendre en considération le revenu familial et les frais de subsistance. Si l'Organisme hospitalier CommonSpirit et le patient ne peuvent s'entendre sur un plan de paiement, l'Organisme hospitalier CommonSpirit doit mettre en œuvre un plan de paiement raisonnable pour permettre le paiement du montant réduit au fil du temps.

C. Remise supplémentaire pour les non-assurés (supérieur à 400 % et inférieur ou égal à 500 % du FPL)

Tout patient non assuré ou patient ayant des frais médicaux élevés qui a un revenu familial supérieur à 400 %, mais égal ou inférieur à 500 % du FPL est éligible pour recevoir des soins à prix réduit pour les services éligibles reçus par le patient et un plan de paiement étendu. La remise limitera le montant que le patient est censé payer jusqu'à un maximum de l'AGB applicable.

Sur demande, tout patient qui bénéficie de ces Soins à prix réduit se verra également proposer un plan de paiement échelonné exempt d'intérêts, permettant le paiement du montant réduit sur une période maximale de trente (30) mois.

D. Remises supplémentaires pour précarité

Un patient qui bénéficie de Soins à prix réduit, mais (1) dont la dette dépasse encore de 30 % la somme (a) de son revenu familial et (b) de ses actifs financiers, et (2) qui n'a pas la capacité de payer sa facture, comme déterminé par un examen de facteurs tels que le revenu familial

prévu pour l'année à venir et les créances de soins de santé existantes ou anticipées, peut bénéficier d'une réduction supplémentaire pour précarité. Afin de déterminer cette remise pour précarité, l'organisme hospitalier CommonSpirit ne tiendra pas compte des actifs des plans de retraite qualifiés en vertu de l'Internal Revenue Code en vigueur au moment de la détermination ou des plans de rémunération différée.

Si le patient répond à tous les critères d'admissibilité, il recevra une remise pour précarité, qui réduira la créance restante du patient à un maximum de 30 % de la somme de ses (1) revenus familiaux et (2) de ses actifs financiers.

Un patient peut également bénéficier de réductions ou de dérogations au titre du présent Addendum s'il est considéré comme sans-abri ou nomade ou s'il participe à un programme fédéral, de l'état, ou local de soins aux indigents.

E. Restriction à l'application des charges brutes

Pour tous les soins couverts par le présent Addendum (qu'il s'agisse de soins médicaux d'urgence ou de soins médicalement nécessaires), le montant net que l'organisme hospitalier CommonSpirit facture à un patient jugé admissible à l'Assistance financière doit être inférieur aux frais bruts pour ces soins. Ce montant sera égal au montant que le patient est personnellement tenu de payer après application de l'ensemble des déductions et remises (y compris les remises disponibles en vertu du présent Addendum) et déduction faite des montants remboursés par les assureurs. Ce montant ne comprend pas les montants que l'assureur est tenu de payer à titre de garantie. Un relevé de facturation émis par l'organisme hospitalier CommonSpirit pour des soins couverts par l'Addendum peut indiquer les frais bruts pour ces soins et appliquer des allocations, des remises ou des déductions contractuelles aux frais bruts, à condition que le montant réel que la personne est tenue de payer soit inférieur aux frais bruts pour ces soins.

F. Services médicaux d'urgence

Tout médecin urgentiste qui fournit des services médicaux d'urgence dans un organisme hospitalier CommonSpirit disposant d'un service de soins d'urgence accordera des réductions aux patients non assurés et aux patients ayant des frais médicaux élevés qui sont égaux ou inférieurs à 400 % du FPL.

G. Activités de Facturation et de Recouvrement

1. Tout solde impayé dû par les patients ou les garants après application des remises disponibles, le cas échéant, peut être mis en recouvrement. Les mesures de recouvrement des soldes impayés cesseront en attendant la détermination finale de l'admissibilité à l'Assistance financière. Aucun organisme hospitalier CommonSpirit n'effectuera, ou ne permettra à des agences de recouvrement d'effectuer, une ECA avant l'un ou l'autre de ce qui suit : (a) faire un effort raisonnable pour déterminer si le patient est

admissible à l'aide financière ; ou (b) 180 jours après l'envoi de la première déclaration du patient. La Politique de facturation et de recouvrement de CommonSpirit sera disponible sur le site internet de l'Établissement hospitalier.

2. L'organisme hospitalier CommonSpirit doit obtenir de tout organisme qui perçoit les créances de l'hôpital un accord écrit selon lequel cet organisme adhèrera aux normes et à la définition des pratiques de cet organisme. Cette entente exige que la société affiliée, la filiale ou l'agence de recouvrement externe de l'organisme hospitalier CommonSpirit qui recouvre la créance se conforme à la définition et à l'application d'un plan de paiement raisonnable de l'organisme hospitalier CommonSpirit, tel que décrit dans le présent Addendum. Une dette de patient ne peut être cédée qu'à un cabinet d'affacturage selon des conditions conformes à la section 127425 du California Health and Safety Code tel que modifié.
3. L'organisme hospitalier CommonSpirit ou toute autre société affiliée mandataire ou filiale de l'Organisme hospitalier CommonSpirit ne doit pas, lorsqu'il traite avec des patients admissibles en vertu des dispositions du présent Addendum relatives aux soins caritatifs ou aux remises de paiement, recourir à des saisies sur salaire ou à une saisie sur les résidences principales comme moyen de recouvrement des factures d'hôpital impayées.
4. Une agence de recouvrement ou tout autre société affiliée mandataire ou filiale de l'organisme hospitalier CommonSpirit ne doit pas, lorsqu'elle traite avec des patients en vertu des dispositions du présent Addendum relatives aux soins caritatifs ou aux remises de paiement, recourir à des saisies sur salaire ou à la vente de la résidence principale comme moyen de recouvrement des factures d'hôpital impayées.
5. Avant d'entreprendre des mesures de recouvrement à l'encontre d'un patient ou de vendre la dette du patient à un cabinet d'affacturage, l'organisme hospitalier de CommonSpirit, doit fournir au patient une autre demande d'aide financière et un avis écrit clair et bien visible contenant ce qui suit :
 - (a) La ou les dates de signification de la facture affectée pour recouvrement ou vendue ; le nom de l'entité à laquelle la dette est assignée ou cédée ; une déclaration informant le patient de l'obtention d'une facture d'hôpital détaillée ; le nom et le type de régime de la couverture maladie pour le patient enregistré auprès de l'hôpital au moment des services ou une déclaration indiquant que l'hôpital ne dispose pas de ces informations ; et la ou les dates auxquelles le patient a initialement reçu un

avis de demande d'aide financière, la ou les dates auxquelles le patient a reçu une demande d'aide financière et, le cas échéant, la date à laquelle une décision a été prise.

- (b) Un résumé en langage clair des droits du patient conformément à cet article, au règlement Rosenthal Fair Debt Collection Practices Act (titre 1.6C -(commençant par la section 1788) de la partie 4 de la division 3 du code civil) et au règlement fédéral Fair Debt Collection Practices Act (sous-chapitre V - commençant par la section 1692 - du chapitre 41 du titre 15 du code des États-Unis). Le résumé doit inclure une déclaration indiquant que la Federal Trade Commission veille à l'application de la loi fédérale.
 - (c) Inclure la déclaration suivante ou toute autre déclaration requise par un amendement au California Health & Safety Code § 127430 : « Les lois de l'état et les lois fédérales obligent les agents de recouvrement à vous traiter équitablement et leur interdisent de faire de fausses déclarations ou des menaces violentes, d'utiliser un langage obscène ou blasphématoire et de communiquer de manière inappropriée avec des tiers, y compris votre employeur. Sauf dans des circonstances extraordinaires, les agents de recouvrement ne doivent pas vous contacter avant 8 h 00 ou après 21 h 00. En général, un agent de recouvrement ne peut pas communiquer des informations concernant sur votre dette à une autre personne, autre que votre avocat ou votre conjoint. Un agent de recouvrement peut contacter une autre personne pour confirmer votre adresse ou pour faire exécuter un jugement. Pour plus d'informations sur les activités de recouvrement de créances, vous pouvez contacter la Federal Trade Commission par téléphone au 1-877-FTC-HELP (382-4357) ou en ligne sur www.ftc.gov. »
 - (d) Une déclaration indiquant que des services de conseil en gestion de créances à but non lucratif peuvent être disponibles dans la région.
6. L'avis requis par (5)(b), (5)(c) et (5)(d) ci-dessus doit également accompagner tout document indiquant le début possible du recouvrement.
7. Les exigences du paragraphe (G) s'appliquent à l'entité engagée dans les activités de collecte. Si un Organisme hospitalier CommonSpirit cède ou vend la créance à une autre entité, les obligations s'appliquent à l'entité, y compris une agence de recouvrement, engagée dans l'activité de recouvrement de la créance.

III. AVIS AUX PATIENTS CONCERNANT L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

- A. Copie papier du résumé en langage clair.** L'Organisme hospitalier CommonSpirit avisera et informera les patients de la Politique d'assistance financière en leur offrant un exemplaire papier du résumé en langage clair de ladite politique, dans le cadre du processus d'admission ou de sortie.
- B. Avis sur la Politique d'assistance financière durant le processus de facturation.** Un avis doit être fourni au moment du service si le patient est conscient et capable de recevoir un avis écrit à ce moment-là, mais également en tant que partie des relevés de facturation après sortie, l'Organisme hospitalier CommonSpirit fournira à chaque patient un avis bien visible qui contiendra des informations sur la disponibilité de la politique d'assistance financière. (Pour de plus amples détails concernant les avis fournis en rapport avec les relevés de facturation, veuillez vous référer à la Politique de gouvernance légale de CommonSpirit G-004, *Facturation et recouvrement*)
- C. Affichage d'avis sur la Politique d'aide financière.** L'avis du Programme d'aide financière de l'Organisme hospitalier CommonSpirit et le résumé en langage clair doivent être affichés de façon claire et visible dans les locaux de l'Organisme et être visibles par le public, y compris l'ensemble des lieux suivants :
- Services d'urgences,
 - Service comptabilité,
 - Bureau des admissions et secteur associé,
 - Salles d'attente,
 - Les autres établissements hospitaliers de consultation ambulatoire, et
 - Dans d'autres établissements et installations où le volume de circulation des patients est élevé ou dans lesquels il est raisonnablement prévu d'atteindre les patients ou les membres de leur famille les plus susceptibles d'avoir besoin d'une assistance financière de l'Organisme hospitalier CommonSpirit.
 - Affiché bien en évidence sur le site Internet de l'hôpital, avec un lien vers la politique elle-même.
- D. Affichage sur le site internet et fourniture de copies sur demande.** L'organisme hospitalier CommonSpirit doit mettre à disposition cet avenant, le formulaire de demande d'aide financière et le résumé en langage simple à un endroit bien en vue sur son site internet avec un lien vers la politique elle-même, et doit rendre des copies papier de chacun disponibles sur demande par un patient ou un membre de sa famille et sans frais, à la fois par la poste et dans les lieux publics de l'établissement, y compris, au minimum, au service des urgences (le cas échéant) et aux zones d'admission.

- E. Exigences linguistiques.** L'Organisme hospitalier CommonSpirit doit s'assurer que tous les avis écrits sont imprimés dans les langues appropriées et fournis aux patients comme l'exigent les lois fédérales et les lois de l'état applicables.
- F. Informations publiées.** Au besoin, et au moins une fois par an, chaque Organisme hospitalier CommonSpirit de Californie (a) doit placer une annonce concernant la disponibilité d'une assistance financière dans cet établissement, dans un journal à grande diffusion, dans les localités desservies par l'établissement, ou (b) publier un communiqué de presse pour faire connaître largement la disponibilité de l'Assistance financière en vertu du présent Addendum, aux localités desservies par cet Organisme.
- G. Organismes locaux.** Chaque Organisme hospitalier CommonSpirit de Californie doit travailler avec les organisations affiliées, les médecins, les cliniques locales, les autres prestataires de soins de santé, les lieux de culte et les autres organisations locales pour informer les membres locaux (en particulier ceux qui sont les plus susceptibles d'avoir besoin d'une assistance financière) de la disponibilité d'une Assistance financière dans cet Organisme hospitalier CommonSpirit.
- H. Liste des fournisseurs de la Politique d'assistance financière.** L'Organisme hospitalier CommonSpirit publiera une liste des prestataires dispensant des soins médicaux d'urgence et des soins médicalement nécessaires dans ses établissements, qui précisera quels prestataires sont couverts par la Politique d'assistance financière et lesquels ne le sont pas. Cette liste est disponible sur le site internet de facturation de chaque établissement. Des copies papier peuvent être obtenues dans les services d'admission ou d'enregistrement de chaque Organisme hospitalier CommonSpirit.

IV. PROCESSUS DE VÉRIFICATION DE L'ADMISSIBILITÉ AUX ASSURANCES ET AUX PROGRAMMES GOUVERNEMENTAUX

CommonSpirit doit entreprendre tous les efforts raisonnables pour obtenir du patient ou de son représentant des informations sur la possibilité qu'une couverture par une assurance privée ou par un programme de soins de santé financé par le gouvernement puisse couvrir entièrement ou partiellement les frais concernant des soins administrés par l'hôpital à ce patient, y compris, mais sans s'y limiter, ce qui suit :

- une assurance maladie privée, y compris la couverture d'une assurance ou d'un plan de services de soins de santé proposée par un programme d'échange de prestations de santé de l'État ou fédérale,
- Medicare et

- Medi-Cal (ou Medicaid, le cas échéant), le California Children's Services Program, ou tout autre programme financé par l'État et destiné à fournir une couverture médicale.

CommonSpirit s'attend à ce que tous les patients non assurés ou les patients ayant des coûts médicaux élevés se conforment entièrement à ce processus de sélection d'éligibilité.

V. PROCESSUS DE DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

- A.** Si un patient n'indique pas qu'il est couvert par une assurance privée ou un programme de soins de santé financé par le gouvernement, qu'il demande une aide financière ou qu'un représentant de CommonSpirit Health détermine que le patient peut être admissible à une aide financière, CommonSpirit doit également prendre les mesures suivantes :
- Faire tous les efforts raisonnables pour expliquer aux patients non assurés, au moment de leur inscription, les avantages de Medi-Cal (ou Medicaid, selon le cas) et des autres programmes publics et privés d'assurance maladie ou de financement, y compris la couverture offerte par l'état ou l'échange de prestations de santé fédéral. CommonSpirit demandera aux patients potentiellement éligibles de s'inscrire à de tels programmes, fournira les formulaires de demande et les aidera à les remplir. Les demandes et l'assistance seront fournies aux patients avant leur sortie d'hôpital et dans un délai raisonnable pour les patients recevant des soins d'urgence ou ambulatoires.
 - Faire des efforts raisonnables pour expliquer la Politique d'assistance financière de CommonSpirit et les autres remises, y compris les conditions d'admissibilité, aux patients qui pourraient être admissibles à l'Assistance financière, demander aux personnes potentiellement admissibles de faire une demande, fournir une demande d'Assistance financière à toute personne intéressée qui pourrait répondre aux critères d'Assistance financière au point de service ou pendant le processus de facturation et de recouvrement, et fournir de l'aide pour remplir la demande.
- B.** Si un patient est éligible à une demande de couverture dans le cadre d'un programme de soins de santé parrainé par le gouvernement pour les services éligibles qu'il a reçus, le patient ne recevra pas d'assistance financière à moins qu'il n'ait demandé et se soit vu refuser une couverture dans le cadre d'un programme de soins de santé financé par le gouvernement. Si un patient fait une demande de programme de soins de santé financé par le gouvernement et se voit refuser la couverture, CommonSpirit doit recevoir un exemplaire de ce refus. La demande de couverture du patient dans le cadre d'un tel programme de soins

- de santé financé par le gouvernement n'empêche pas l'admissibilité à l'assistance financière de CommonSpirit, en vertu du présent Addendum.
- C. Après avoir reçu une demande d'assistance financière remplie de la part d'un patient qui, selon CommonSpirit, pourrait être admissible à des programmes de soins de santé gouvernementaux (p. ex. Medi-Cal, Medicaid, CHIP), CommonSpirit peut reporter la détermination de l'admissibilité du patient à l'Assistance financière jusqu'à ce que la demande de programme de soins de santé gouvernementaux du patient ait été remplie et soumise et qu'une détermination de l'admissibilité du patient à ce programme ait été faite.
 - D. Si un patient n'a pas rempli et soumis une demande d'Assistance financière dans les 180 jours suivant le premier avis de facturation après la sortie, l'Organisme hospitalier CommonSpirit peut alors entreprendre des activités de recouvrement supplémentaires, y compris des ECA, sous réserve du respect des dispositions de la politique de gouvernance légale de CommonSpirit G-004, *Facturation et recouvrement*.
 - E. Sous réserve des paragraphes F et G, ci-dessous, l'Organisme hospitalier CommonSpirit demandera à chaque demandeur de fournir les documents nécessaires et raisonnables pour déterminer son admissibilité à l'Assistance financière. Si le demandeur n'est pas en mesure de fournir l'un ou l'ensemble de ces documents, l'Organisme hospitalier CommonSpirit en tient compte pour déterminer l'admissibilité. Dans des circonstances particulières, l'Organisme hospitalier CommonSpirit peut renoncer à une partie ou à la totalité des exigences en matière de documentation et approuver l'assistance financière par le biais d'une présomption d'admissibilité ou d'une approbation d'admissibilité à Medi-Cal. L'Organisme hospitalier CommonSpirit documentera la sélection sur le compte du patient et informera également le patient par écrit de l'approbation.
 - F. Afin de déterminer si un patient est éligible à des soins caritatifs, la documentation demandée au patient sera limitée aux déclarations de revenus ou, si les déclarations de revenus ne sont pas disponibles, aux fiches de paie et à une documentation raisonnable des actifs, mais n'incluant pas les actifs des plans de retraite ou de compensation différée qualifiés en vertu l'Internal Revenue Code, ou dans les plans de compensation différée non qualifiés. L'Organisme hospitalier CommonSpirit peut exiger des renoncations ou des décharges du demandeur et de la famille du patient autorisant l'Organisme hospitalier CommonSpirit à obtenir des renseignements sur les comptes auprès d'institutions financières ou commerciales ou d'autres entités qui détiennent ou gèrent les actifs monétaires.

- G.** Afin de déterminer si un patient peut bénéficier d'une remise pour ses soins ou d'une autre assistance financière, la documentation des revenus se limite aux déclarations d'impôts sur le revenu ou, si ces dernières ne sont pas disponibles, aux fiches de paie. En outre, le demandeur devra fournir les documents relatifs aux frais de subsistance au cas où il demanderait un plan de paiement échelonné.
- H.** Les informations obtenues en vertu du paragraphe (F) ou (G) ci-dessus ne sont pas utilisées pour des activités de recouvrement. Le présent paragraphe n'interdit pas l'utilisation des renseignements obtenus par l'Organisme hospitalier CommonSpirit, l'agence de recouvrement ou le mandataire indépendamment du processus d'admissibilité aux soins caritatifs ou au paiement avec remise.
- I.** Afin de déterminer si un patient est admissible à l'Assistance financière, l'Organisme hospitalier CommonSpirit peut également tenir compte, en plus du revenu familial du patient, de circonstances financières défavorables après la date de sortie ou de traitement du patient, comme une invalidité, la perte d'un emploi ou d'autres circonstances ayant un impact sur la capacité du patient à payer les services admissibles.
- J.** L'admissibilité à l'Assistance financière peut être déterminée dès que l'organisme hospitalier CommonSpirit reçoit les renseignements décrits dans le présent Addendum. Toutefois, l'organisme hospitalier CommonSpirit a le pouvoir discrétionnaire de refuser une demande d'Assistance financière si elle n'est pas déposée durant la période de demande.
- K.** Les informations obtenues du patient, de sa famille ou de son représentant légal pour déterminer si un patient remplit les conditions d'admissibilité à l'Assistance financière décrites dans le présent Addendum ne doivent pas être utilisées pour des opérations de recouvrement.
- L.** Si un patient demande et est éligible à plusieurs remises, le patient aura droit à la remise la plus avantageuse à laquelle il est éligible, sauf si la combinaison de plusieurs remises est expressément autorisée par les politiques de CommonSpirit.
- M.** Dans le cas d'un patient non assuré ou d'un patient qui fournit des renseignements indiquant qu'il peut avoir des coûts médicaux élevés, un Organisme hospitalier CommonSpirit, tout mandataire de cet Organisme ou tout autre propriétaire de la créance du patient, y compris une agence de recouvrement, ne doit pas communiquer de renseignements défavorables à une agence d'évaluation de crédit à la consommation pour non-paiement, avant 180 jours suivant la facturation initiale.

Programme de facturation équitable des hôpitaux californiens

ATTENTION:

Si vous avez besoin d'aide dans votre langue, veuillez appeler le (209) 564-5105 ou allez au bureau de conseiller financier. Le bureau est ouvert de 8h00 à 16h30 et situé à(au) Mercy Medical Center Merced, 333 Mercy Avenue, Merced, CA 90015 Des aides et des services pour les personnes handicapées, tels que des documents en braille, en gros caractères, en format audio et en d'autres formats électroniques accessibles, sont également disponibles. Ces services sont gratuits

Aide pour payer vos factures d'hôpital

Il existe des organisations gratuites de défense des consommateurs qui vous aideront à comprendre le processus de facturation et de paiement. Vous pouvez appeler le Health Consumer Alliance au 888-804-3536 ou aller sur healthconsumer.org pour de plus amples informations.

Hospital Bill Complaint Program (Programme relatif aux plaintes concernant les factures hospitalières)

Le programme Hospital Bill Complaint Program est un programme de l'état qui examine les décisions prises par l'hôpital pour déterminer si vous avez droit à une aide pour payer votre facture d'hôpital. Si vous pensez que l'on vous a refusé à tort une assistance financière, vous pouvez déposer une plainte auprès du programme Hospital Bill Complaint Program. Allez sur HospitalBillComplaintProgram.hcai.ca.gov pour de plus amples informations sur la manière de déposer une plainte.