

 CHESAPEAKE REGIONAL HEALTHCARE	Délivré par : Services financiers des patients	Régime n° : 400.11
	Préparé par : Comité de direction du cycle de revenus	Date d'entrée en vigueur : 3/1/2020
Service Services financiers des patients	Approuvée par : Steve McDonell	Date de revue 6/30/2022
		Date de révision : 6/30/2022
Objet : Régime d'aide financière (FAP ou Financial Assistance Policy)		Page 1 sur 14

RÉGIME D'AIDE FINANCIÈRE

Objectif :

Chesapeake Regional Medical Center (CRMC) a pour politique de fournir des Services d'urgence, et d'autres Services médicalement nécessaires, à tous les patients, sans distinction de solvabilité du patient, dans chaque Établissement hospitalier CRMC (comme défini ci-dessous).

Conformément à la loi américaine sur les traitements médicaux d'urgence et le travail dénommée Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act of 1986 ("EMTALA") et aux règlements EMTALA, les Établissements hospitaliers CRMC prodigueront, sans discrimination, des soins d'urgence médicale, sans distinction d'admissibilité à l'aide financière ou de solvabilité. Les patients qui viennent se faire soigner au service des urgences ne font pas l'objet d'une sélection financière avant de recevoir les soins. En Outre, l'Établissement hospitalier CRMC n'entreprendra pas d'actions qui dissuadent les individus de venir se faire soigner en cas d'urgence, telles que l'exigence de paiement pour les patients en service d'urgence avant de recevoir le traitement pour un état de santé d'urgence, ou l'autorisation des activités de recouvrement de dettes dans le service d'urgence, ou d'autres domaines où ces activités peuvent compromettre les soins d'urgence à titre non discriminatoire.

Ce régime adhère aux valeurs de soins axés sur les patients, de respect et de compassion, de qualité et de service, d'amélioration de la santé de la communauté, et de gestion financière de CRMC, conformément aux lois nationales et fédérales. CRMC prodigue, sans discrimination, des soins pour des Urgences médicales ou d'autres Services médicalement nécessaires (comme défini ci-dessous) aux individus, sans distinction individuelle de solvabilité ou d'admissibilité à l'Aide financière. Afin de déterminer le statut caritatif ou d'indigence d'un patient, CRMC retient plusieurs facteurs ; à savoir les revenus du patient, les biens du patient, les dépenses mensuelles du patient et l'endettement du patient. Tous les patients non assurés bénéficient automatiquement d'une remise de 40 %. La remise peut être remplacée par la composante caritative du régime d'aide financière si le montant est supérieur.

Ce régime vise à :

Établir les critères d'admissibilité pour obtenir l'Aide financière (comme défini ci-dessous) ;

Exposer les circonstances et les critères, selon lesquels chaque Établissement hospitalier de CRMC prodiguera des soins gratuits ou remisés pour les Services admissibles (comme défini ci-dessous) aux patients qui y ont droit et sont non-assurés, sous-assurés, ou bien insolubles pour ces services, établir la base et les méthodes de calcul pour facturer tout montant réduit à ces patients, et déclarer les mesures qui seront adoptées par CRMC pour diffuser ce régime dans un large public au sein des communautés qui seront desservies par chaque Établissement hospitalier CRMC.

L'Établissement hospitalier CRMC déploiera des efforts raisonnables pour veiller à ce que les informations sur leur Programme d'aide financière (FAP ou Financial Assistance Program) soient clairement communiquées et accessibles au grand public. La demande d'Aide financière, le Résumé en langage simple, le régime d'Aide financière (Régime), la Politique de facturation et de recouvrements et le régime de remise aux non-assurés peuvent être consultés ou téléchargés sur www.chesapeakeregional.com. À la demande, CRMC fournira individuellement l'adresse de notre site web d'Aide financière. Les individus peuvent aussi obtenir et recevoir une aide en renseignant une demande d'Aide financière dans n'importe quelle région de souscription, auprès de nos conseillers financiers, ou du bureau de service à la clientèle. Les bureaux des conseillers financiers se trouvent dans les régions de souscription des patients. Les individus peuvent se rendre à n'importe quel guichet d'informations situé au premier étage de l'hôpital pour les guider vers les bureaux des conseillers financiers. À la demande, les individus peuvent obtenir une copie gratuite, par courriel, de notre demande d'Aide financière et du régime, du Résumé en langage simple, du régime de remise aux non-assurés, de notre Politique de facturation et de recouvrements en appelant notre service à la clientèle au 757-312-6281 ou au 757-312-6401 option n° 2. L'adresse postale pour l'Aide financière est le Centre médical régional Chesapeake, Att. : Aide financière, 736 Battlefield Blvd N, Chesapeake, VA 23320.

DÉFINITIONS

Aux fins de ce Régime, les termes ci-dessous doivent revêtir les significations suivantes :

“Appels” Tous les patients/garants ont le droit de faire appel de la décision initiale en cas de changement de situation ou de compléments d’informations à envisager. Les appels peuvent être formulés par écrit aux Conseillers en Aide financière du Centre médical régional Chesapeake sous 30 jours à compter de la date de notification de la date de refus.

“Période de demande” La période pendant laquelle un individu peut soumettre une demande d’aide financière. La période commençant au début de la gamme de soins du patient et termine le deux-cent-quarantième (240) jour après la date du premier relevé de facturation après le congé pour les soins.

“Politique de facturation et de recouvrement” Politique de facturation et de recouvrement n° PA0181, ou la version actuellement en vigueur.

“CRMC” a la signification qui lui est donnée ci-dessus.

“Organisme de recouvrement” Un “Organisme de recouvrement” est un organisme engagé par voie contractuelle par un Établissement hospitalier CRMC pour réclamer ou recouvrer un paiement auprès des patients/garants.

“Services admissibles” désigne les services (et tout autre produit associé) fournis par CRMC qui donnent droit à l’Aide financière en vertu de ce Régime, notamment :

Services d’urgences fournis en salle d’urgence.

Services médicaux non facultatifs fournis au gré de circonstances mettant la vie en danger, qui sont autres que des services médicaux d’urgence en salle d’urgence,

Services médicalement nécessaires.

(Les procédures du plan forfaitaire électif et cosmétiques sont exemptes de ce régime et peuvent relever de la tarification réduite distincte)

Les services d’urgence ou d’autres médicalement nécessaires fournis au sein de l’Établissement hospitalier CRMC peuvent être fournis par l’Établissement hospitalier en question, ses médecins employés ou les prestataires indépendants. Les services fournis par des médecins non-salariés et des prestataires indépendants ne peuvent pas être couverts par ce régime.

“États de santé d’urgence” revêt la même signification que le terme défini au paragraphe 1867 de la Loi de sécurité sociale, telle qu’amendée (42 U.S.C. §1395dd), un état de santé, de nature physique ou médicale, qui se manifeste par des symptômes de gravité suffisante, y compris la forte douleur, que l’absence d’attention médicale rapide pourrait être attendue d’un profane prudent qui a acquis une connaissance moyenne de la santé et de la médecine, au point de mettre la santé de la personne ou d’autrui en grave danger, une grave détérioration de la fonction corporelle, ou le grave dysfonctionnement de tout corps ou membre de celui-ci, quant aux femmes enceintes, comme défini plus en détail au 42. U.S.C. section 1395dd(1)(B), ou selon une autre définition de la loi en vigueur. Par exemple, les États de santé d’urgence incluront, mais sans s’y limiter, les évanouissements, les difficultés respiratoires, le saignement incontrôlé, l’empoisonnement, ou les os cassés ou déplacés.

“Services d’urgence” soins ou traitement prodigués par l’Établissement hospitalier CRMC pour un “état de santé d’urgence” tel le terme défini par EMTALA.

“EMTALA” Emergency Medical Treatment and Labor Act (42 U.S.C. § 1395dd; 42 C.F.R § 489.24).

“Actions en recouvrement extraordinaire” (ECA ou Extraordinary Collection Actions)” rapporter des informations défavorables à des organismes de rapport de crédit ou à des bureaux de crédit, activité légale ou juridique, notamment ; entamer une action civile contre un individu, user d’un privilège sur une propriété individuelle, et saisie sur un salaire individuel.

“Membre de la famille” désigne un groupe d’au moins (2) individus qui résident ensemble ou qui ont un lien de parenté par naissance, mariage, ou adoption, y compris, mais sans s’y limiter, un individu déclaré dépendant par tout individu sur sa déclaration de revenus fédérale.

“Revenu familial” désigne la revenu brut d’un individu, et de tous les membres de sa famille, y compris, mais sans s’y limiter, la compensation pour des services (rémunérations, salaires, commissions etc.), intérêt, dividendes, royalties, rentes, pension, retraite, indemnités de chômage, compensation de travailleur, Sécurité sociale, Allocation de sécurité supplémentaire, aide publique ou du gouvernement, paiements de vétérans, allocations des survivants, aide extérieure au foyer, loyers, pension alimentaire, allocations familiales, revenu professionnel, revenu immobilier ou de fiducie, bourses ou autre aide pédagogique, revenu d’assurance-vie ou de contrats de capitalisation, et tout autre revenu ou rémunération brut/e, quelle que soit la source d’origine. Si un individu est considéré comme un dépendant légal d’un autre, le revenu doit figurer sur la demande pour ce prestataire. Les indépendants doivent fournir une déclaration fiscale de l’exercice précédent avec les échéanciers relatifs.

“Directives de pauvreté fédérales (FPL ou Federal Poverty Guidelines)” désigne les directives de pauvreté mises à jour annuellement dans le Registre fédéral par le Ministère américain des services de santé et sociaux en vigueur au moment de cette détermination. Voir <http://aspe.hhs.gov/poverty/index.cfm> pour les directives actuelles.

“Aide financière” désigne toute aide financière sous forme de soins gratuits ou remisés à un individu qui a droit à ce Régime.

“Établissement hospitalier” désigne un établissement qui est obligé par le Commonwealth de Virginie d’avoir une licence, une immatriculation ou une reconnaissance similaire en tant qu’hôpital.

“Liquidités” le montant total des liquidités à disposition dans le foyer ne doit pas dépasser 10 000,00 \$, y compris, mais sans s’y limiter, ce qui suit ; (espèces, chèques, comptes épargne et du marché monétaire, certificats de dépôt, comptes de fiducie, fonds et obligations mutuels qui peuvent être liquidés sans pénalité). Exclusions de biens : Argent dans des fonds de pension ou de retraite (par ex. Comptes de retraite individuels, 401(k), 403(b), et fonds KEOGH), et montants dans des comptes pédagogiques (par ex. comptes Épargne Coverdell et d’enseignements qualifié (Codes des impôts 529 et 530).

“Défavorisé” désigne un patient sous-assuré d’un Établissement hospitalier CRMC qui remplit les critères ci-dessous :

Après le paiement par tous les tiers payants, est obligé financièrement envers l’Établissement hospitalier CRMC pour un montant excédentaire de vingt-cinq pour cent (25 %) du revenu annuel brut du patient, ou est égal ou inférieur à 500 % du FPL et de passer le test de Liquidités comme déterminé dans le Barème A ci-joint et faisant partie de ce régime.

“Services médicalement nécessaires” doit avoir la même signification que le terme défini pour Medicare dans 42 U.S.C. 1395y(a)(1)(A) (services ou éléments “...raisonnables ou nécessaires au diagnostic ou traitement de maladie ou blessure, ou pour améliorer le fonctionnement d’un membre du corps mal formé...”.

“Dette médicale” est définie comme les coûts médicaux à charge pour le traitement médicalement nécessaire facturé par l’établissement CRMC pour lequel la demande est présentée, les frais à charge mentionnés ci-dessus ne comprennent pas les co-paiements, la co-assurance et les déductibles.

“Période de préavis” période de 120 jours, qui commence à la date du premier relevé de facturation après le congé, pendant laquelle aucune ECA ne peut être engagée contre le patient.

“Résumé en langage simple (“PLS” ou Plain Language Summary) une déclaration écrite qui notifie les patients de l’Établissement hospitalier CRMC que l’organisation offre une financière et fournit des informations complémentaires de façon claire, concise et compréhensible.

“Régime” désigne le Régime d’aide financière n° 400.11 ou la version actuellement en vigueur, avec ses amendements successifs.

“Patient non-assuré” désigne un patient d’un Établissement hospitalier CRMC sans niveau d’assurance-maladie, assistance tierce, compte épargne médical, ou réclamation contre des tiers

couverts par assurance pour payer ou contribuer aux obligations de paiement individuelles pour la fourniture des services admissibles.

“Patient sous-assuré” désigne un patient d'un Établissement hospitalier CRMC qui a un certain niveau d'assurance ou d'assistance tierce, qui reste toutefois obligé de prendre à sa charge des dépenses pour la fourniture des services admissibles, qui dépassent les capacités financières individuelles, et est considéré comme défavorisé ou réunit les conditions de revenus et de biens telles que stipulées sur le Barème A, faisant partie de ce document.

PROCÉDURES

Admissibilité

Au moment de la détermination du besoin financier conformément à ce Régime. CRMC fournira une Aide financière pour les Services admissibles à ou pour les Patients non-assurés, Patients sous-assurés, patients qui n'ont pas droit à l'aide publique ou du gouvernement, ou qui sont autrement insolubles pour les services admissibles. L'octroi de l'Aide financière en vertu de ce régime doit reposer sur une détermination du besoin financier pour chaque individu, indépendamment de la race, du genre, de l'âge, du handicap, de l'origine nationale, de l'orientation sexuelle, du statut social ou d'immigration, de l'identité de genre, de la confession religieuse ou d'autres classes protégées qui peuvent désignés par la loi ou la réglementation. L'Aide financière est la solution de paiement de dernier recours et toutes les autres sources de paiement (par ex. recherche d'autre assurance sous la forme de Medicaid, ou de toute autre assurance souscrite auprès d'une assurance maladie alternative) doivent être épuisées. Les lettres d'exemption ou la preuve du refus Medicaid doivent être apportées dans le cadre de cette procédure de demande.

Un patient peut être tenu d'épuiser toutes les autres options de paiement, y compris les programmes de couverture privée, et d'aide médicale locaux, nationaux et fédéraux, mais aussi d'autres formes d'aide fournies par des tiers avant d'obtenir l'approbation d'Aide financière. Un demandeur d'Aide financière peut être invité à postuler pour des programmes publics qui aident aussi à couvrir les coûts du patient. Le patient peut aussi être censé envisager des options de paiement d'assurance-maladie publique ou privée pour les soins prodigués par l'Établissement hospitalier CRMC. Une entière coopération de la part du patient dans la candidature pour des programmes applicables et des sources de financement identifiables, y compris la couverture COBRA (une loi fédérale autorisant un prolongement limité dans le temps des prestations de santé de l'employé), peut aussi être requise. Si un Établissement hospitalier CRMC détermine que la couverture COBRA est potentiellement disponible, et que le patient n'est pas bénéficiaire de Medicare ou de Medicaid, le patient peut être invité à fournir à l'Établissement hospitalier CRMC des informations nécessaires pour déterminer la prime COBRA mensuelle pour le patient. Le patient peut être invité à coopérer avec le personnel de l'Établissement hospitalier CRMC pour déterminer si le patient peut prétendre à la prime subventionnée COBRA, qui peut être offerte sur une période limitée pour garantir une couverture d'assurance. L'Établissement hospitalier CRMC accomplit souvent des efforts concrets pour aider un patient à postuler pour des programmes publics et privés. Un patient est invité à fournir toutes les informations nécessaires et requises par l'Établissement hospitalier CRMC en temps opportun pour avoir droit à ce Régime.

Défavorisés

Les patients ne pouvant pas prétendre à l'Aide financière en vertu des directives FPL actuelles, mais ont une dette conséquente envers l'hôpital peuvent prétendre à une remise pour les Défavorisés. Si après le paiement par tous les tiers payants, le patient/garant est obligé financièrement envers l'Établissement hospitalier CRMC pour un montant excédentaire de vingt-cinq pour cent (25 %) du revenu annuel brut du patient, ou est égal ou inférieur à 500 % du FPL et de passer le test de Liquidités comme déterminé dans le Barème A ci-joint et faisant partie de ce régime, le patient/garant recevra une remise en pourcentage pour les défavorisés. On peut citer parmi les exclusions de critères de dettes envers l'hôpital pour les défavorisés, à titre non exhaustif : Les patients qui optent pour un auto-paiement volontaire, des co-paiements d'assurance, et de montants déductibles et de co-assurance.

Demande d'aide financière

CRMC examinera toutes les informations requises et énoncées dans une demande d'Aide financière, et leurs amendements successifs, et dans toute documentation requises et fournie (la demande et

cette documentation conjointement désignées par “demande”), mais aussi tout élément des informations suivantes, afin de déterminer si un individu aura droit à l'aide financière et en bénéficiera :

- Données disponibles en externe au public qui donnent des informations sur la solvabilité d'un individu (par ex. rapports de crédits, scores ou évaluations ; Directives de pauvreté fédérales, directives fédérales ou nationales pertinentes publiées, dépôt de bilan ou ordonnance de faillite) ;
- Informations relatives à la participation ou à l'inscription de l'individu, ou à la réception de prestations, dans le cadre d'une inscription à un programme d'aide fédéral ou national (par ex. les programmes Supplemental Security Income, Medicaid, Food Stamps/SNAP, Women, Infants, and Children (WIC), Aid for Dependent Children (AFDC), Children's Health Insurance Program (CHIP), foyer à revenu modeste, prestations de handicap, indemnité chômage, repas scolaire subventionné, Healthy Community Access Program (HCAP)) ;
- Des informations à l'appui des biens possédés ou détenus par l'individu, et des dettes ou d'autres obligations de l'individu ;
- Des informations étayant que cet individu est ou a été sans domicile, handicapé, déclaré frappé d'incapacité ou de d'incompétence mentale, au point de nuire à la solvabilité financière de l'individu ; et des informations étayant que cet individu a demandé ou demande des prestations auprès de toutes les autres sources de financement auxquelles l'individu a droit, y compris l'assurance, Medicaid ou un autre état ou des programmes fédéraux.

La procédure de demande d'Aide financière doit refléter la mission de CRMC qui s'efforcera de dissuader les patients d'éviter des soins à cause de leur capacité financière.

La Période de demande d'Aide financière, pendant laquelle CRMC accepte une Demande d'Aide financière complète, commence au début de la gamme de soins d'un patient, et se termine le deux-cent-quarantième (240^{ème}) jour après la date du premier relevé de facturation après le congé. Si approuvée, l'aide financière approuvée a une validité de 240 jours à compter de la date de signature sur la demande, et peut s'appliquer aux comptes précédents avec des soldes ouverts jusqu'à 240 jours avant la date de signature sur la demande. Une exception peut être faite au cas par cas par le Directeur financier, et le Directeur des services financiers aux patients, pour les comptes de créances irrécouvrables ou de recouvrement, qui ne relèvent pas de la période de demande d'aide financière approuvée sur les dossiers. Bien que l'approbation d'aide financière ait une validité de 240 jours, nous comprenons que la situation du patient peut changer au cours de cette période. Les patients de l'Établissement hospitalier CRMC sont encouragés à réitérer leur demande d'assistance si leur situation financière a changé, et s'ils ont droit à un plus haut niveau d'aide financière. Si elle est approuvée, la remise s'appliquera à l'avenir. Aux visites ultérieures pendant la période d'approbation de 240 jours, le demandeur peut être tenu de soumettre à nouveau les documents financiers et/ou de sources pour la sélection d'admissibilité au plan d'assurance-maladie subventionné par le gouvernement. Les informations peuvent même servir à réévaluer et à revérifier le maintien de l'admissibilité pendant la période de demande approuvée. Ces documents incluent, mais sans s'y limiter : preuve de revenu, taille du ménage, biens, dettes et dépenses.

Les demandes seront mises à disposition dans n'importe quelle région de souscription CRMC, dans un service comptabilité patients / à la clientèle, par téléphone ou en ligne. Les demandes complètes peuvent être remises à n'importe quel bureau de souscription, service de comptabilité des patients ou à la clientèle, ou envoyées par voie postale à l'adresse sur la demande. Les demandes d'Aide financière seront rapidement traitées, et CRMC accomplira des efforts raisonnables pour faire parvenir un avis écrit au patient ou demandeur sur sa détermination sous trente (30) jours à compter de la réception par CRMC de la demande complète, et de la soumission de toutes les informations requises.

Si un individu soumet une demande complète pendant la période de demande, CRMC :

- ♦ Mettre le compte en attente pour empêcher toute activité de recouvrement tant que l'admissibilité à l'Aide financière n'a pas été déterminée.
- ♦ Traitera la demande et déploiera des efforts raisonnables pour notifier l'approbation ou le refus à l'individu dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande complète.

Si l'individu peut prétendre à une aide financière partielle, CRMC fournira ce qui suit :

- ♦ Une lettre d'approbation indiquant le niveau d'aide financière approuvé et le montant de remise qui sera perçu par le patient/garant.
- ♦ Un relevé de facturation indiquant le montant dû par le patient/garant pour les services.

Si l'individu soumet une demande d'Aide financière incomplète, et que l'admissibilité à l'Aide financière ne peut pas être immédiatement déterminée, les conseillers financiers exigeront des informations complémentaires de la part du demandeur. CRMC fera parvenir au demandeur ce qui suit :

- ♦ Avis écrit des informations complémentaires, et/ou de la documentation nécessaires pour déterminer l'admissibilité
- ♦ Un délai raisonnable (30 jours) pour faire parvenir la documentation requise.
- ♦ CRMC ou tout tiers agissant en son nom mettra toute ECA en attente tant que l'admissibilité n'aura pas été déterminée.

Si un individu ne soumet pas de demande pendant la période de demande, les patients/garants recevront des relevés de cycles de facturation, et des lettres qui contiennent des informations sur le FAP. Dans un souci d'obtention de paiement pour les services reçus, CRMC et ses organismes de recouvrement partenaires peuvent entreprendre une ECA.

Si un patient manque à fournir les informations requises dans ce cadre de la procédure de demande, CRMC peut accepter ce qui suit pour vérifier ces informations :

L'explication écrite du patient / demandeur de la raison pour laquelle les informations requises ne peuvent pas être fournies ; et une déclaration du patient ou demandeur des informations requises, signée par le patient ou demandeur qui atteste de la précision et de l'exhaustivité des informations y figurant.

Aide financière présumée.

Il y a des cas de figure où un patient/garant peut sembler avoir droit à une Aide financière, mais il manque une demande d'Aide financière dans les dossiers car le patient/garant est incapable de la renseigner, ou les informations sont incomplètes. Par conséquent, il peut y avoir des circonstances où une qualification (d'un patient/garant) à l'Aide financière est établie sans valider la demande d'aide formelle. Il y a souvent des informations adéquates fournies par le patient ou grâce à d'autres sources, qui peuvent apporter la preuve suffisante pour apporter l'Aide financière au patient. Faute de preuve pour étayer l'admissibilité d'un patient à l'Aide financière, l'Établissement hospitalier CRMC se réserve le droit de mandater des organismes externes pour déterminer les montants de revenus estimés et des Liquidités à la base de la détermination de l'admissibilité à l'Aide financière et des taux de remise potentiels, et peut utiliser sources d'informations pour évaluer le besoin individuel. Tout modèle d'utilisation tiers tient compte de plusieurs critères décisionnels destinés à évaluer chaque patient/garant selon les mêmes normes définies par ce régime.

Une fois déterminée, en raison de la nature inhérente des circonstances présumées, la seule Aide financière à accorder est soit une annulation partielle ou à 100 % du solde du compte en fonction du revenu du ménage, des niveaux FPL et des Liquidités. L'approbation ne doit s'appliquer qu'à la/aux date(s) de service sur les comptes en cours d'évaluation. L'admissibilité ne s'applique pas comptes pour toute date passée ou future. Pour avoir éventuellement droit à recevoir une Aide financière pour les Services admissibles, le patient/garant doit remplir l'un (1) des critères suivants, ou l'Établissement

hospitalier CRMC peut se servir d'autres sources d'informations pour mener une évaluation individuelle du besoin financier.

Participation ou inscription ou réception de prestations de la part d'un état ou d'un programme d'aide fédéral tels que ; Medicaid, Supplemental Security Income (SSI), ou allocation de sécurité supplémentaire.

Admissibilité au programme Supplemental Nutrition Assistance program (SNAP) ou au Coupon alimentaire, Women Infants and Children (WIC), handicap, indemnité chômage, repas scolaire subventionné ou gratuit, résidence dans un foyer à faible revenu ou subventionné, sans domicile ou a reçu des soins dans une clinique gratuite ou un foyer pour les sans-domicile ; en incapacité mentale comme déclaré par un tribunal ou un professionnel agréé ; et décédé sans bien immobilier connu. Participation des patients non-assurés à des cliniques de soins nationales et locales telle que la Clinique de soins Chesapeake pour les services médicaux. Participation aux programmes de dépistage mammaire parrainés par l'État ou locaux pour les résidents de communautés non-assurées et/ou sous-assurées, à savoir, mais sans s'y limiter : Every Woman's Life, CRMC's Mobile Mammogram and CRMC's Bra-ha-ha.

Services Medicaid non couverts :

CRMC peut demander l'approbation d'admissibilité présumée pour la remise de 100 % aux patients qui peuvent prétendre à Medicaid, et bénéficient de services réputés non couverts par Medicaid en tant que tiers payant. Types de services Medicaid non couverts fournis aux patients qui ont droit à Medicaid (ou d'autres programmes de soins aux défavorisés) ou ont droit à l'aide financière aux patients. On peut citer comme exemples non couverts à titre non exhaustif :

- Services fournis aux bénéficiaires Medicaid avec Medicaid restreint (par ex. des patients qui n'ont que des allocations de maternité ou d'urgences, mais reçoivent d'autres soins de l'hôpital)
- Refus Medicaid ou d'autres programmes de soins aux défavorisés
- Charges relatives aux jours qui dépassent la limite de durée de séjour
- Indemnités Medicaid par l'État sans paiement
- Les frais encourus rétroactivement à une demande Medicaid approuvée et jugées non admissibles pour le paiement en tant que plage obsolète

Autre admissibilité à l'aide financière présumée :

Pour les patients, ou leurs Garants, qui sont irrecevables pour la procédure de demande de CRMC, d'autres sources d'informations peuvent servir à mener une évaluation individuelle du besoin financier. Ces informations permettront à l'Établissement CRMC pour prendre une décision éclairée sur le besoin financier des patients/garants irrecevables, par le recours aux meilleures estimations disponibles en l'absence d'informations fournies directement par le patient/garant.

Pour porter assistance aux patients/garants défavorisés), CRMC peut mandater un tiers pour revoir les informations d'un patient, ou d'un patient/garant, pour évaluer le besoin financier. Cette revue a recours à un modèle prédictif, reconnu par le secteur des soins de santé, qui s'inspire des bases de données des dossiers publics. Le modèle intègre des données de dossiers publics pour calculer un score de capacité socio-économique et financière. L'ensemble de règles du modèle a pour vocation d'évaluer chaque patient/garant) selon les mêmes normes, et est étalonné par rapport à l'historique des approbations d'Aide financière de la part de CRMC. Cela permet à CRMC d'évaluer si un patient/garant a les signes distinctifs des autres patients/garants qui ont un historique d'admissibilité à l'Aide financière en vertu de la procédure de demande conventionnelle.

Si le modèle est adopté, il sera déployé avant la cession de créances irrécouvrables une fois toutes les autres sources d'admissibilité et de paiement épuisées. Cela permet aux conseillers financiers CRMC de sélectionner tous les patients/garants pour une Aide financière avant d'entreprendre des Actions en recouvrement extraordinaires. Les données tirées de cette revue constitueront une documentation

adéquate du besoin financier en vertu de ce Régime. Le résultat émoulera l'acceptation du patient (garant) qui a démontré un FPL et niveau de biens, ou sous le niveau indiqué dans le régime de l'Établissement hospitalier de CRMC au niveau le plus généreux disponible en vertu de la FAP.

Si un patient/garant ne peut pas prétendre à l'admissibilité présumée complète d'après ce modèle, le patient/garant peut prétendre à l'admissibilité présumée partielle, ou peut encore fournir les informations requises, et être retenu dans la procédure d'Aide financière (au moyen d'une demande) conventionnelle.

Les comptes qui se voient accordé la pleine admissibilité présumée selon ce modèle prédictif seront reclassés comme aide financière et tout solde restant dû sera oublié. Pour ces comptes, les remboursements ne seront accordés que si le patient de l'Établissement hospitalier CRMC termine par la suite la procédure de demande et peut demander la charité à un niveau de 100 %. L'approbation ne s'appliquera qu'à la/aux date(s) de service sur les comptes en cours d'évaluation. L'admissibilité ne s'appliquera pas aux comptes pour toutes dates de services passées ou futures. Cette décision ne constituera pas un état de soins gratuits disponibles dans la procédure de demande conventionnelle. Ces comptes seront retenus comme admissibles à l'Aide financière en vertu de ce Régime. Ils ne feront pas l'objet de recouvrement, ni ne subiront d'autre action en recouvrement, et ne seront pas assimilés aux frais de créances irrécouvrables de CRMC.

Les patients/garants ne seront notifiés de la charité présumée que si le modèle prédictif indique que le patient ou garant se situe entre 201- 400 % du FPL en lui accordant une remise d'après le Barème A. Une lettre sera envoyée pour les informer de cette décision et leur donner un délai de 30 jours pour demander la charité complète.

La sélection présumée fournit une prestation communautaire en permettant à l'Établissement hospitalier CRMC d'identifier systématiquement les patients défavorisés, de réduire les tracas administratifs et de fournir une Aide financière aux patients et à leurs garants, dont certains ne sont pas recevables dans la procédure de demande d'Aide financière. Pour ces comptes, les remboursements ne seront accordés que si le patient/garant termine par la suite la procédure de demande et peut demander l'Aide financière à un niveau de 100 %. L'approbation ne s'appliquera qu'à la/aux date(s) de service sur les comptes en cours d'évaluation.

Critères d'admissibilité et montants facturés aux patients.

Les patients/garants, dont l'admissibilité a été déterminée, doivent recevoir une Aide financière à la hauteur du besoin financier individuel, comme prévu par les Directives de pauvreté fédérales.

Sauf indication du contraire dans ce régime, aucun patient/garant qui a le droit de recevoir une Aide financière pour les Services admissibles sera facturé plus que le montant réduit approprié comme déterminé par les Directives de pauvreté fédérales et les Liquidités (voir Barème A). Ce pourcentage de remise est calculé en divisant la différence entre les frais bruts et les paiements réels dans les frais bruts à l'aide de la rémunération de services Medicare et tous les assureurs privés. Le calcul repose sur une période rétrospective de 12 mois pour les services d'urgence et d'autres services médicalement nécessaires. Nous mettrons périodiquement à jour le pourcentage de remise.

La base de détermination et de calcul des montants que l'Établissement hospitalier CRMC facturera à des Patients non-assurés et des Patients sous-assurés, doit respecter les directives de plafond de revenu FPL selon la taille du ménage et le revenu annuel, tout comme le plafond de Liquidités dans le Barème A de ce régime.

Communication des informations sur le régime aux patients et au public.

Pour chacun de ses Établissements hospitaliers, l'Établissement hospitalier CRMC prendra des mesures pour informer et notifier ses patients et visiteurs et les résidents de la communauté servis par cet Établissement hospitalier (en particulier, ceux qui ont le plus de chances de demander une Aide financière). On peut citer parmi ces mesures à titre non exhaustif que l'Établissement hospitalier (1) offrira une copie papier du résumé en langage simple du Régime aux patients dans le cadre de la procédure d'admission sans frais ; (2) prévoit un avis écrit visible sur les relevés de facturation qui notifie et informe les destinataires sur la disponibilité de l'Aide financière en vertu de ce Régime et inclut le numéro de téléphone du bureau ou service de l'Établissement hospitalier qui peut fournir des informations sur le Régime, et la procédure de demande du Régime, et l'adresse du site web directe ou (URL) le lieu d'obtention des documents du Régime ; (3) mettre en place des affiches publiques visibles (ou d'autres mesures raisonnablement calculées pour attirer l'attention du patient) qui notifient et informent les patients sur le Régime dans des espaces publics de l'Établissement hospitalier, a compris, à titre minimum, la salle d'urgence, les zones d'admission ou d'enregistrement et les salles d'attente associées, ou par courrier.

Le renvoi des patients vers une Aide financière peut être plébiscité par tout membre du personnel de l'Établissement hospitalier CRMC ou du personnel médical, y compris les médecins, infirmiers, conseillers financiers, travailleurs sociaux, gestionnaires de cas, aumôniers et les promoteurs religieux. Conformément à la législation en vigueur en matière de confidentialité, la demande d'Aide financière peut être soumise par le patient ou un membre de sa famille, un ami proche, ou un associé du patient.

Le Régime d'Aide financière de CRMC, la Demande et le Résumé en langage simple sont disponibles en anglais et dans la langue principale de la population avec une maîtrise limitée de l'anglais ("LEP") qui représente pas moins de 1000 individus, ou 5 % de la communauté desservie dans la zone de service principale. Toutes les informations écrites ou imprimées au sujet de ce Régime, y compris la demande, doivent être mises à disposition dans chaque langue parlée par au moins 5 % de la population desservie par chaque Établissement hospitalier. Les langues actuellement parlées sont l'espagnol, le tagalog, le vietnamien, l'arabe et le français, le chinois (mandarin), le coréen et l'ourdou. CRMC accomplira tous les efforts raisonnables pour veiller à ce que les informations au sujet de ce Régime et leur disponibilité soient clairement communiquées aux patients, qui ont des difficultés de lecture et de langage, et /ou parlent des langues autres que celles dans lesquelles les informations sur ce Régime sont imprimées ou publiées.

Procédures de conservation de documents. L'Établissement hospitalier CRMC tiendra à jour une documentation, conformément aux politiques de conservation, suffisante pour identifier chaque patient, dont l'admissibilité à l'Aide financière a été déterminée, y compris, sans s'y limiter, la demande du patient, toute information obtenue ou jugée pertinente pour déterminer l'admissibilité du patient à l'Aide financière (y compris les informations sur les revenus et biens de ce patient), la méthode destinée à la vérification du revenu du patient, le montant dû par le patient, la méthode et le calcul de toute Aide financière, à laquelle ce patient a droit et dont il a bel et bien bénéficié, et la personne qui a approuvé la détermination de l'admissibilité à l'Aide financière de ce patient.

Actions en recouvrement extraordinaires (ECA ou Extraordinary Collection Actions)

CRMC et ses organismes partenaires de recouvrement peuvent procéder à une ECA indiquée ci-dessous :

- Rapporter des renseignements défavorables aux agences d'évaluation de crédits à la consommation ou aux bureaux de crédits
- Actions en justice possibles : procès civil, usage d'un privilège sur un propriété et saisie sur salaire pour les comptes avec des soldes agrégés supérieurs à 1000 \$

Notification au patient/garant de ECA :

- ♦ Notifier par écrit 30 avant la réalisation de l'ECA par l'organisme de recouvrement partenaire dans le délai imparti pendant lequel l'ECA sera lancée
- ♦ Fournir un avis écrit que l'Aide financière est disponible pour les individus qui y ont droit avant de lancer une ECA
- ♦ Les ECA ne seront lancés qu'au bout d'au moins 150 jours à compter de la date à laquelle l'Établissement hospitalier CRMC fournit le premier relevé de facturation pour les soins après le congé
- ♦ Fournir une copie du résumé en langage simple du Régime 30 jours avant de lancer l'ECA

Les organismes de recouvrement partenaires de CRMC accompliront un effort raisonnable pour notifier le patient/garant sur le Régime et les modalités d'obtention de l'aide. Tous les comptes ont un délai maximum de 240 jours à compter de la date du premier relevé de facturation après le congé pour demander une Aide financière. La Période de demande peut durer plus longtemps car l'Établissement hospitalier CRMC ou ses Organismes de recouvrement partenaires doivent notifier un patient/garant au moins 30 jours avant de lancer une ou plusieurs ECA pour obtenir un paiement pour les soins.

CRMC et ses Organismes de recouvrement partenaires ne peuvent pas réclamer une ECA pour un patient/garant qui a soumis une demande d'Aide financière. S'il s'avère que le patient/garant peut prétendre à l'Aide financière, et que le patient/garant a réglé un paiement, CRMC mènera une recherche pour identifier s'il y a d'autres comptes, associés au patient/garant, qui ont un quelconque solde impayé qui ne joue pas en faveur de l'aide financière. Si un compte avec un solde impayé est trouvé, CRMC contactera le patient/garant par courrier, pour annoncer au patient/garant que le paiement versé sur le compte, qui a été approuvé pour l'Aide financière, sera transféré vers le compte avec un solde impayé. Si le patient/garant s'oppose au transfert de fonds, alors tout moment réglé sera remboursé au patient/garant. Si un patient/garant peut prétendre à une aide financière partielle, le solde restant dû fera l'objet de tous les efforts de cycle de facturation. Si le patient/garant ne soumet pas de demande d'Aide financière et se voit approuver l'Aide financière présumée, l'Aide financière présumée ne s'appliquera qu'au solde actuel du patient/garant pour la/les date(s) de service pour le/les compte(s) en cours d'évaluation, et aucun paiement antérieur ou futur ne sera remboursé.

Rapport avec la Politique de facturation et de recouvrements. Pour tout patient/garant qui manque à son obligation de paiement opportun de l'intégralité ou d'une partie du/des montant(s) à régler, et demande l'Aide financière, ou peut prétendre éventuellement à l'Aide financière du compte de ce patient, l'Établissement hospitalier CRMC doit suivre les directives stipulées dans sa Politique de facturation et de recouvrement ; à condition que ; CRMC n'initiera pas ou n'engager pas d'Action en recouvrement extraordinaire à l'encontre de tout patient/garant pour manquement de paiement opportun de l'intégralité ou d'une partie du compte de ce patient, sans accomplir d'abord des efforts raisonnables pour déterminer si ce patient/garant a droit à l'Aide financière. Ces efforts raisonnables sont stipulés dans la Politique de facturation et de recouvrement, disponible gratuitement sur le site web CRMC, y compris en termes de communications avec les patients et d'actions requises, de périodes et d'avis relatifs à la soumission d'une demande complète ou incomplète.

À la demande, les individus peuvent obtenir une copie gratuite, par courriel, de notre Politique de facturation et de recouvrements en appelant notre service à la clientèle au 757-312-6281 ou au 757-312-6401 option n° 2. L'adresse postale pour l'Aide financière est le Centre médical régional Chesapeake, Att. : Aide financière, 736 Battlefield Blvd N, Chesapeake, VA 23320

Aucun effet sur les régimes d'autres hôpitaux ; régime régi par la loi en vigueur. Ce régime ne doit pas compromettre, ni modifier d'autres régimes CRMC quant aux efforts pour obtenir un paiement

auprès des tiers payants, aux transferts ou aux soins d'urgence. Ce Régime et l'octroi de toute Aide financière ci-dessous sont régis par toute loi locale, nationale ou fédérale en vigueur.

Exceptions à ce Régime. Le Directeur des Services financiers aux patients, et le Directeur financier, ou l'Établissement hospitalier CRMC sont tous investis de l'autorité de prononcer des exceptions d'admissibilité et de détermination à ce régime en adéquation aux faits et circonstances autour de chaque patient. En aucun cas, un patient se verra refuser une Aide financière s'il/si elle réunit les conditions d'admissibilité et de détermination prévues pour les Services admissibles établis dans ce régime.

Service responsable : Comité de cycle de revenus, Accès patient, comptabilité patient

Politiques associées : Régime de remise pour les non-assurés du Ministère, Politique de facturation et de recouvrement

Barème A Tableau des niveaux fédéraux de pauvreté et des pourcentages de remises

INGRESO ANUAL								
2022	Descuento del 100 %				Descuento del 66 %	Descuento del 66 %	Descuento del 66 % para personas sin recursos para gastos médicos	Activo líquido Límite
Tamaño del hogar	100%	133%	138%	200%	300%	400%	500%	
1	\$13.590	\$18.075	\$18.754	\$27.180	\$40.770	\$54.360	\$67.950	\$10.000
2	\$18.310	\$24.352	\$25.268	\$36.620	\$54.930	\$73.240	\$91.550	\$10.000
3	\$23.030	\$30.630	\$31.781	\$46.060	\$69.090	\$92.120	\$115.150	\$10.000
4	\$27.750	\$36.908	\$38.295	\$55.500	\$83.250	\$111.000	\$138.750	\$10.000
5	\$32.470	\$43.185	\$44.809	\$64.940	\$97.410	\$129.880	\$162.350	\$10.000
6	\$37.190	\$49.463	\$51.322	\$74.380	\$111.570	\$148.760	\$185.950	\$10.000
7	\$41.910	\$55.740	\$57.836	\$83.820	\$125.730	\$167.640	\$209.550	\$10.000
8	\$46.630	\$62.018	\$64.349	\$93.260	\$139.890	\$186.520	\$233.150	\$10.000
Adicional por persona	\$ 4.720							