

HackensackUMC Pascack Valley Medical Center

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2017

POLITIQUE/PRINCIPES

HackensackUMC Pascack Valley Medical Center (l'« Organisation ») a pour politique d'assurer une pratique socialement juste pour fournir des soins de santé d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires dans les établissements de l'Organisation. Cette politique est spécifiquement conçue pour répondre à l'admissibilité à l'aide financière pour les patients qui ont besoin d'une aide financière et qui reçoivent des soins de l'Organisation.

1. Toute aide financière reflétera notre engagement envers le bien commun, notre préoccupation particulière pour les personnes vivant dans la pauvreté et dans d'autres situations vulnérables, ainsi que notre engagement envers la bonne intendance.
2. Cette politique s'applique à tous les services d'urgence et autres services médicalement nécessaires fournis par l'Organisation, y compris les services d'un médecin et de santé comportementale.. Cette politique ne s'applique pas aux modalités de paiement pour les interventions non urgentes ou d'autres soins qui ne sont pas des soins d'urgence ou autrement médicalement nécessaires.
3. La liste des prestataires couvertes par la politique d'aide financière contient une liste des prestataires qui fournissent des soins dans les établissements de l'Organisation et qui spécifient quels sont ceux couverts par la politique d'aide financière et ceux qui ne le sont pas.

DÉFINITIONS

Aux fins de la présente politique, les définitions suivantes s'appliquent :

- « **501(r)** » fait référence à l'article 501(r) du code des impôts (Internal Revenue Code) et les règlements promulgués en vertu de celui-ci.
- « **Montant généralement facturé** » ou « **AGB** » pour (Amount Generally Billed) signifie, en ce qui concerne les soins de santé d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires, le montant généralement facturé aux personnes qui ont une assurance couvrant ces soins.
- « **Communauté** » désigne la zone géographique de l'État du New Jersey.
- « **Soins d'urgence** » signifie les soins requis dans le cadre d'un accouchement ou d'une condition médicale d'une telle gravité que l'absence de soins médicaux immédiats pourrait raisonnablement compromettre gravement la santé du patient (ou de l'enfant à naître), altérer gravement les fonctions physiques ou provoquer un dysfonctionnement grave de tout organe ou partie du corps.
- « **Soins médicalement nécessaires** » désigne les soins qui sont jugés médicalement nécessaires à la suite à l'évaluation effectuée par un médecin agréé, en consultation avec le médecin admis.
- « **Organisation** » fait référence au HackensackUMC Pascack Valley Medical Center.

- « **Patient** » désigne les personnes qui reçoivent des soins d'urgence ou médicalement nécessaires au sein de l'Organisation ainsi que la personne financièrement responsable des soins du patient.

Aide financière fournie

1. Les patients dont le revenu est inférieur ou égal à 200 % du niveau fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level ou « FPL ») seront admissibles à une déduction de 100% des soins de bienfaisance pour la partie des frais pour les services dont le patient est responsable après paiement par une mutuelle, le cas échéant.
2. Les patients ayant un revenu supérieur à 200% du niveau fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level ou « FPL ») seront admissibles à une aide de bienfaisance selon les critères ci-dessous :

<u>Critères de ressources</u>	<u>Pourcentage du paiement</u>
Revenu comme pourcentage de <u>Directives sur les revenus de pauvreté du HHS</u>	<u>Payé par le patient</u>
Inférieur ou égal à 200 %	0 %
Supérieur à 200 % mais inférieur ou égal à 225 %	20 %
Supérieur à 225 % mais inférieur ou égal à 250 %	40 %
Supérieur à 250 % mais inférieur ou égal à 275 %	60 %
Supérieur à 275 % mais inférieur ou égal à 300 %	80 %
Supérieur à 300 %	100 %

3. Si les patients sur l'échelle des honoraires variables de 20 % à 80 % sont responsables des dépenses médicales payées admissibles de plus de 30 % de leur revenu annuel brut (c.-à-d. factures impayées par d'autres parties), alors le montant supérieur à 30 % est considéré comme une aide au paiement des soins hospitaliers.
4. L'admissibilité à l'aide financière peut être déterminée à n'importe quel moment du cycle de revenu et peut comprendre l'utilisation de la cotation présomptive pour déterminer l'admissibilité nonobstant le défaut du demandeur de remplir une demande d'aide financière (« Demande FAP »).
5. L'admissibilité à l'aide financière doit être déterminée pour tout solde dont le patient ayant des besoins financiers est responsable.

Programme de soins de bienfaisance :

- Le programme d'aide au paiement des soins des hôpitaux du New Jersey (Assistance pour les soins caritatifs) est gratuit ou réduit pour les patients qui reçoivent des services hospitaliers et ambulatoires dans les hôpitaux de soins aigus de l'État du New Jersey. L'assistance hospitalière et les soins à frais réduits sont uniquement disponibles pour les soins hospitaliers nécessaires. Certains services tels que les honoraires des médecins, les honoraires d'anesthésiologie, l'interprétation radiologique et les prescriptions ambulatoires sont distincts des frais hospitaliers et peuvent ne pas être admissibles à une réduction.
- Le financement de l'aide au paiement des soins hospitaliers provient du Fonds de

subventions pour les soins de santé administré en vertu du chapitre 263 de la loi publique 1997.

Autre aide pour les patients non admissibles à l'aide financière

Les patients qui ne sont pas admissibles à recevoir une aide financière, telle que décrit ci-dessus, peuvent encore être admissibles à d'autres types d'aide offerts par l'Organisation. Par souci d'exhaustivité, ces autres types d'assistance sont énumérés ci-dessous, bien qu'ils ne soient pas basés sur les besoins et ne soient pas soumis au 501 (r) mais soient inclus ici pour la commodité de la communauté desservie par HackensackUMC Pascack Valley Medical Center.

1. Les patients non assurés qui ne sont pas admissibles à une aide financière recevront un tarif réduit selon les critères suivants :
 - (a) Procédures d'hospitalisation : 100 % du taux d'assurance maladie
 - (b) Visites au service des urgences : 115 % du taux d'assurance maladie
 - (c) Patients externes : 200 % du taux d'assurance maladie
 - (i) Les procédures d'obstétrique et de cosmétique ont établi des barèmes d'honoraires d'auto-paiement, et ne sont pas soumis à un taux basé sur le remboursement de Medicare.

Limites des frais pour les patients admissibles à l'aide financière

Les patients admissibles à l'aide financière ne seront pas facturés individuellement plus que l'AGB pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires et pas plus que les frais bruts pour tous les autres soins médicaux. L'Organisation calcule un ou plusieurs pourcentages AGB à l'aide de la méthode « rétrospective » et inclut la rémunération à l'acte de Medicare et de toutes les mutuelles de santé privées qui paient des réclamations à l'Organisation, le tout conformément au 501 (r). Une copie gratuite de la description du calcul de l'AGB et des pourcentages peut être obtenue sur demande dans n'importe quelle zone d'admission. Les patients peuvent également demander une copie gratuite du calcul de l'AGB et un pourcentage par courrier en appelant les services financiers du patient (Patient Financial Services) au (201) 383-1043 pour demander qu'une copie soit envoyée à l'adresse postale du patient.

Demande d'aide financière et autre aide

Un patient peut être admissible à une aide financière en raison d'une présomption d'admissibilité ou en demandant une aide financière en soumettant une demande FAP dûment remplie. Les instructions relatives à l'application FAP et l'application FAP sont disponibles sur demande du patient au moment du service. Si un patient souhaite faire une demande d'aide financière après les jours de service, il peut accéder aux instructions de la demande FAP et à la demande FAP et les imprimer directement à partir du site Web de HackensackUMC Pascack Valley. Les patients peuvent également demander une copie de l'application FAP et des instructions de demande FAP par courrier. Pour demander une copie des documents par la poste, les patients doivent appeler le département des services financiers des patients au (201) 383-1043. Dans chacun des endroits accessibles susmentionnés, les instructions pour le demande FAP et le demande FAP sont disponibles en anglais et en espagnol.

Chronologie des paiements des patients - Services aux patients hospitalisés et services ambulatoires

HackensackUMC Pascaack Valley Medical Center fournit des relevés de facturation pour les services rendus après que l'assurance a traité la réclamation, ou immédiatement pour les patients sans assurance.

Les soldes qui sont la responsabilité du patient sont les suivants :

- À charge (Patient sans assurance)
- À charge après assurance (l'assurance a assumé sa responsabilité, le solde restant étant à la charge du patient)
- Soins caritatifs (frais réduits basés sur les pourcentages de charité)
- À charge après Medicare (responsabilité du patient telle que définie par Medicare)

Cycle des factures

Pour tous les patients, une déclaration est envoyée par courrier environ cinq jours après que le solde devient la responsabilité du patient.

Le cycle de facturation total pour tous les patients est de 120 jours avant que le solde soit envoyé pour être perçu. Une facture est envoyée au patient après que l'assurance a satisfait à sa portion, le cas échéant. Si la responsabilité totale du patient en souffrance n'est pas perçue à la date prévue, le patient continuera à recevoir des factures (jusqu'à 5 au total). Si le paiement n'est toujours pas reçu, le compte sera envoyé à une agence de recouvrement.

Les patients ayant des questions concernant leur solde peuvent appeler le service clientèle au (866) 525-5557 pour voir s'ils sont éligibles pour obtenir des facilités de paiement. Les patients qui ne peuvent pas payer peuvent contacter notre bureau d'assistance financière au (201) 383-1043.

Fournisseurs par département qui fournissent des services d'urgence ou d'autres services médicaux nécessaires dans l'établissement hospitalier

Département/Entité/Groupe	Couvert par la politique d'aide financière ?
Département d'anesthésiologie	Non
Département de médecine d'urgence	Non
Département de médecine	Non
Département d'obstétrique et de pédiatrie	Non
Département de chirurgie	Non
Département de radiologie	Non
Département de cardiologie	Non