

**COMMONSPIRIT HEALTH
ADDENDA À LA POLITIQUE DE GOUVERNANCE**

ADDENDA **Finance G-003A-3** **DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR** : 15 février 2024

OBJET : Assistance financière - Washington

POLITIQUES CONNEXES

Politique de gouvernance CommonSpirit

Finance G-003, *Politique d'assistance financière*

Politique de gouvernance CommonSpirit

Finance G-004, *Facturation et recouvrements*

Cet addenda de Washington (Addenda) complète la politique de gouvernance CommonSpirit G-003, *Assistance financière* (la politique d'assistance financière), si nécessaire, à la lumière de et pour se conformer aux lois et règlements de Washington concernant la prestation de soins hospitaliers caritatifs (Hospital Charity Care), conformément à la section « Coordination avec d'autres lois » de la politique d'assistance financière.

Cet addenda s'applique à tous les affiliés directs de CommonSpirit Health et aux filiales exonérées d'impôts dans l'état de Washington, tel que défini dans la politique d'assistance financière. Dans le cas où une disposition du présent Addenda est en conflit ou en contradiction avec une disposition de la politique d'assistance financière, le présent Addenda prévaut.

Les références aux soins médicaux indispensables et aux soins médicaux urgents mentionnées dans la politique d'assistance financière doivent être interprétées conformément aux définitions des « Services médicaux hospitaliers appropriés » et des « Soins d'urgence ou services d'urgence » figurant respectivement dans les WAC 246-453-010(7) et (11). Toutefois, le présent addenda utilise les expressions « Services médicaux hospitaliers appropriés » et « Soins d'urgence ou services d'urgence ».

DÉFINITIONS

- A. Par « Revenu familial », on entend le total des rentrées d'argent avant impôts provenant des salaires et traitements, des prestations d'aide sociale, des paiements au titre de la sécurité sociale, des prestations de grève, des prestations de chômage ou d'invalidité, des pensions alimentaires pour enfants, des pensions alimentaires et des gains nets provenant d'activités commerciales et d'investissement versés aux individus, conformément au WAC 246-453-010 (17).
- B. Par « Services médicaux hospitaliers appropriés », on entend les services hospitaliers qui sont raisonnablement calculés pour diagnostiquer, corriger, guérir, soulager ou prévenir l'aggravation d'états qui mettent la vie en danger, ou causent des souffrances ou des douleurs, ou entraînent une maladie ou une infirmité, ou menacent de causer ou d'aggraver un handicap, ou provoquent une déformation ou un dysfonctionnement physique, alors qu'il n'existe aucun autre traitement tout aussi efficace, plus conservateur ou nettement moins coûteux, disponible ou adapté à la personne qui demande le service. Aux fins de la présente section, la « série de traitements » peut inclure une simple observation ou, le cas échéant, aucun traitement ; WAC 246-453-010 (7).
- C. Les « Soins d'urgence ou services d'urgence » désignent les services fournis dans le cadre de soins liés à un état médical ou mental d'urgence ; WAC 246-453-010 (11).

- D. La « Période de qualification de l'admissibilité » signifie que les Patients dont l'admissibilité est approuvée se verront accorder une Assistance financière pour toutes les dépenses admissibles effectuées pour des services reçus vingt-quatre (24) mois avant la date de détermination [plus la période de détermination de quatorze (14) jours], et de manière prospective pour une période de six (6) mois après la date de détermination. Si l'admissibilité est approuvée sur la base de critères d'admissibilité présumée, l'assistance financière sera également appliquée à toutes les dépenses admissibles effectuées pour des services reçus vingt-quatre (24) mois avant la date de détermination.

ADMISSIBILITÉ À L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

- A. Aucun solde minimum de compte n'est exigé comme critère d'admissibilité d'un patient à une assistance financière.
- B. Conformément aux conditions de la politique d'assistance financière, à moins d'être admissible à une assistance financière présumée, un patient doit remplir certains critères d'admissibilité avant de pouvoir bénéficier d'une assistance financière. Le présent addenda met à jour ces critères d'admissibilité avec les éléments suivants :
- Tout patient dont le revenu familial est égal ou inférieur à 300 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL) bénéficiera d'une remise totale sur le solde de son compte pour les services médicaux hospitaliers appropriés et les soins d'urgence ou services d'urgence fournis au patient après paiement, le cas échéant, par des tiers payeurs ou des sponsors.
 - Tout patient dont le revenu familial est compris entre 301 % et 350 % du FPL bénéficiera d'une réduction sur les soins à hauteur de 75 %, qui pourra être déduite du solde de son compte pour les services médicaux hospitaliers appropriés et les soins d'urgence ou services d'urgence fournis au patient après paiement, le cas échéant, par des tiers payeurs ou des sponsors, et tout montant raisonnablement lié aux actifs pris en compte, comme indiqué dans la politique de l'établissement hospitalier sur l'évaluation des actifs.
 - Tout patient dont le revenu familial est compris entre 351 % et 400 % du FPL bénéficiera d'une réduction sur les soins à hauteur de 50 % déduite du solde de son compte pour les services médicaux hospitaliers appropriés et les soins d'urgence ou services d'urgence fournis au patient après paiement, le cas échéant, par des tiers payeurs ou des sponsors, et tout montant raisonnablement lié aux actifs pris en compte, comme indiqué dans la politique de l'établissement hospitalier sur l'évaluation des actifs.
 - Si un établissement hospitalier fournit des soins à prix réduit supérieurs aux exigences ci-dessus [soit par le biais des montants généralement facturés (« AGB »), de l'auto-paiement ou d'autres rabais], le patient recevra ce montant supérieur de soins à prix réduit.
- C. En ce qui concerne les actifs qui peuvent être pris en compte, l'établissement hospitalier ne recherchera que les informations relatives aux actifs qui sont raisonnablement nécessaires et facilement disponibles pour déterminer l'existence, la disponibilité et la valeur de ces actifs.
- L'établissement hospitalier prendra en compte les actifs et collectera les informations relatives à ces actifs, comme l'exigent les Centers for Medicare and Medicaid (« CMS ») pour la déclaration des coûts Medicare. Ces informations peuvent inclure la déclaration des actifs convertibles en espèces et non

indispensables à la vie quotidienne du patient.

- Aucune double vérification ne sera demandée et un seul relevé de compte courant est nécessaire pour vérifier les actifs monétaires.
- Si aucune documentation relative à un actif n'est disponible, une déclaration écrite et signée par le patient ou le garant est suffisante.
- Les informations sur les actifs ne seront pas utilisées pour les activités de recouvrement.
- Les types d'actifs suivants sont exclus de la prise en compte :
 - La première tranche de 5 000 \$ d'actifs monétaires pour une personne ou de 8 000 \$ d'actifs monétaires pour une famille de deux personnes, plus un supplément de 1 500 \$ d'actifs monétaires pour chaque membre supplémentaire de la famille. La valeur de tout actif qui fait l'objet d'une pénalité pour retrait anticipé est la valeur de l'actif après le paiement de la pénalité ;
 - Tout fonds propre d'une résidence principale ;
 - Plans de retraite autres que les plans 401(k) ;
 - Un véhicule à moteur et un second véhicule à moteur s'il est nécessaire à des fins professionnelles ou médicales ;
 - Tout contrat d'inhumation ou concession funéraire prépayé ; et
 - Toute police d'assurance-vie dont la valeur nominale est de 10 000 \$ ou moins.

D. « Les normes de coopération avec les patients », telles que définies dans la politique d'assistance financière, ne s'appliquent que dans la mesure où elles :

- permettent à l'établissement hospitalier d'obtenir le remboursement de toute couverture de tiers qui pourrait être signalée à l'établissement hospitalier, conformément au WAC 246-453-020(1) ;
- permettent à l'établissement hospitalier de déployer tous les efforts raisonnables pour déterminer l'existence ou l'inexistence d'un parrainage par un tiers qui pourrait couvrir en totalité ou en partie les frais des services fournis à chaque patient, conformément au WAC 246-453-020(4) ; et
- n'imposent pas de procédures de demande de parrainage de soins caritatifs qui imposent une charge déraisonnable à la partie responsable, compte tenu de toute déficience physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle ou de toute barrière linguistique qui pourrait empêcher la partie responsable de se conformer aux procédures de demande, conformément au WAC 246-453-020(5).

E. L'éligibilité à l'assistance financière n'est pas basée sur la résidence d'une personne.

LA MÉTHODE DE DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

- A. Aux fins de la détermination initiale du statut de parrainage, les établissements hospitaliers doivent se fier aux renseignements fournis oralement par la partie responsable. L'établissement hospitalier peut exiger que la partie responsable signe une déclaration attestant l'exactitude des renseignements qui lui ont été fournis aux fins de la détermination initiale du statut de parrainage, conformément au WAC 246-453-030(1). Conformément au WAC 246-453-020(1), si la détermination initiale du statut de parrainage indique que la partie responsable peut répondre aux critères de classification en tant que personne indigente, les efforts de recouvrement visant la partie responsable seront empêchés en attendant la détermination finale de cette classification, à condition que la partie responsable coopère avec les efforts raisonnables de l'établissement hospitalier pour parvenir à une détermination finale

du statut de parrainage.

- B.** Conformément au WAC 246-453-030(2), outre les documents énumérés dans la politique d'assistance financière, l'un quelconque des documents suivants sera considéré comme une preuve suffisante pour fonder la détermination finale du statut de parrainage de soins caritatifs, lorsque les informations sur le revenu sont annualisées, le cas échéant :
- Formulaire approuvant ou refusant l'admissibilité à Medicaid ou à l'assistance médicale financée par l'État ;
 - Formulaire approuvant ou refusant l'indemnité de chômage ; ou
 - Déclarations écrites des employeurs ou des bureaux d'aide sociale.
- C.** S'il apparaît qu'en raison de la capacité mentale, physique ou intellectuelle du patient, ou en raison d'une barrière linguistique, remplir la procédure de demande constituerait pour lui une charge déraisonnable, l'établissement hospitalier prendra des mesures raisonnables pour faciliter le processus de demande, y compris le recours aux services d'un interprète pour aider le patient pendant le processus de demande, si nécessaire.
- D.** Les établissements hospitaliers doivent déployer tous les efforts raisonnables pour parvenir à une détermination initiale et finale de l'admissibilité à l'assistance financière en temps opportun. Néanmoins, les établissements hospitaliers doivent prendre ces décisions à tout moment, même après la période de demande, dès qu'ils ont connaissance de faits ou qu'ils reçoivent les documents décrits dans les présentes, indiquant que le revenu de la partie responsable est égal ou inférieur à trois cents pour cent (300 %) des directives fédérales en matière de pauvreté, ajustées en fonction de la taille de la famille. Le moment de la détermination finale de l'admissibilité à l'assistance financière ne doit pas avoir d'incidence sur l'identification par l'établissement hospitalier des déductions de soins caritatifs des revenus, par opposition aux créances irrécouvrables. WAC 246-453-020(10).
- E.** Toute partie responsable dont il a été déterminé initialement qu'elle répond aux critères pour recevoir une assistance financière dispose d'au moins quatorze (14) jours civils ou du temps que l'état de santé de la personne peut exiger, ou du temps raisonnablement nécessaire pour obtenir et présenter les documents décrits dans le WAC 246-453-030 avant de recevoir une détermination finale du statut de parrainage.
- F.** Conformément au WAC 246-453-030(4), dans le cas où la partie responsable n'est pas en mesure de fournir l'un des documents décrits ci-dessus, l'établissement hospitalier s'appuiera sur les déclarations écrites et signées de la partie responsable pour prendre une décision finale quant à l'admissibilité à la classification en tant que personne indigente.
- G.** Conformément au WAC 245-453-030(5), les demandes de renseignements de l'établissement hospitalier à la partie responsable pour la vérification du revenu et de la taille de la famille doivent se limiter aux informations raisonnablement nécessaires et facilement accessibles pour justifier l'admissibilité de la partie responsable au parrainage caritatif, et ne doivent pas être utilisées pour décourager les demandes de parrainage. Seuls les faits pertinents pour l'admissibilité peuvent être vérifiés, et aucune double vérification ne sera pas exigée.
- H.** L'établissement hospitalier doit aviser les personnes qui demandent une assistance financière de la détermination finale de leur statut de parrainage dans les quatorze (14) jours civils suivant la réception de l'information conformément au WAC 246-453-020(7) ; cet avis doit inclure le montant déterminé pour lequel la partie responsable sera tenue financièrement responsable.

- I. Dans le cas où l'établissement hospitalier refuse la demande d'assistance financière de la partie responsable, l'établissement hospitalier doit aviser la partie responsable du refus dans les quatorze (14) jours en fournissant les motifs du refus.
- J. Dans le cas où une partie responsable paie une partie ou la totalité des frais liés aux services médicaux hospitaliers appropriés et aux soins d'urgence ou services d'urgence, et qu'il s'avère par la suite qu'elle répondait aux critères d'assistance financière au moment où les services ont été fournis, toute somme payée excédant le montant déterminé comme étant approprié doit être remboursée au patient dans les trente (30) jours suivant la détermination de l'admissibilité aux soins caritatifs. WAC 246-453-020(11).
- K. Conformément au WAC 246-453-020(6), les établissements hospitaliers ne doivent pas exiger de dépôts des parties responsables dont le revenu est égal ou inférieur à trois cents pour cent (300 %) des directives fédérales en matière de pauvreté, ajustées en fonction de la taille de la famille, comme l'indique la détermination initiale du statut de parrainage.
- L. En ce qui concerne les services fournis aux patients à partir du 1er juillet 2022, les procédures suivantes seront d'application lors de l'identification des patients et/ou de leurs garants qui peuvent être admissibles à une couverture de soins de santé par le biais des programmes d'assistance médicale de Washington ou du Washington Health Benefit Exchange :
 - Dans le cadre du processus de demande visant à déterminer l'admissibilité à l'assistance financière et aux soins caritatifs, l'établissement hospitalier vérifiera si un patient ou son garant répond aux critères de couverture des soins de santé dans le cadre des programmes d'assistance médicale en vertu du chapitre 74.09 RCW ou du Washington Health Benefit Exchange.
 - Dans le cadre du processus d'assistance financière, le personnel de l'établissement hospitalier collaborera également avec les patients/familles qui ne bénéficient pas d'une couverture tierce applicable afin d'évaluer si ces patients/familles peuvent être admissibles à Medicaid et/ou à une couverture de soins de santé par le biais du Washington Health Benefit Exchange (RCW 43.71). Le personnel fournira une assistance pour les demandes relatives à Medicaid et au Qualified Health Plan, y compris, mais sans s'y limiter, en fournissant au patient/à la famille des informations sur le processus de demande, en aidant les patients avec le processus de demande, en fournissant les formulaires à remplir nécessaires et/ou en mettant le patient/la famille en contact avec d'autres agences ou ressources susceptibles de l'aider à remplir ces demandes.
 - En fournissant une assistance au processus de demande, l'établissement hospitalier tiendra compte de toute déficience physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle ou de toute barrière linguistique qui pourrait empêcher le patient ou son garant de se conformer aux procédures de demande et n'imposera pas au patient ou au garant des procédures qui constitueraient une charge déraisonnable.
 - Si le patient ou le garant ne déploie pas d'efforts raisonnables pour coopérer avec l'établissement hospitalier dans le cadre d'une demande de couverture en vertu du chapitre 74.09 RCW ou du Washington Health Benefit Exchange, l'établissement hospitalier n'est pas tenu de fournir des soins caritatifs à ce patient.
 - L'établissement hospitalier ne doit pas demander à un patient de s'inscrire à un programme public ou privé auquel il est catégoriquement inadmissible ou auquel il a été jugé inadmissible au cours des 12 derniers mois.

ADMISSIBILITÉ PRÉSUMÉE

Dans le cas où l'identification de la partie responsable en tant que personne indigente est évidente pour le personnel de l'établissement hospitalier, et que le personnel de l'établissement hospitalier est en mesure d'établir la position du niveau de revenu dans le cadre des critères généraux décrits dans le RCW 70.170.060, sur la base des circonstances de vie individuelles contenues dans la politique d'assistance financière ou de tout autre élément, l'établissement hospitalier n'est pas tenu d'établir le niveau de revenu exact ou de demander des documents à la partie responsable, à moins que la partie responsable ne demande un examen plus approfondi.

APPELS

- A.** Toutes les parties responsables qui se voient refuser une assistance financière doivent être informées de l'existence d'une procédure d'appel qui leur permet de corriger toute insuffisance de la documentation ou de demander une révision du refus et qui aboutit à une révision de la décision par le directeur financier de l'établissement hospitalier.
- B.** Les parties responsables sont informées qu'elles disposent de trente (30) jours civils pour faire appel contre la décision finale concernant leur admissibilité à l'assistance financière. Au cours des quatorze (14) premiers jours de cette période, l'établissement hospitalier ne doit pas soumettre le compte concerné à une agence de recouvrement externe. Si l'établissement hospitalier a entrepris des activités de recouvrement et découvre qu'un appel a été interjeté, il doit cesser ses efforts de recouvrement jusqu'à ce que l'appel soit terminé. Après la période de quatorze (14) jours, si aucun appel n'a été déposé, l'hôpital peut entreprendre des activités de recouvrement.
- C.** Si la décision finale faisant suite à l'appel confirme le refus antérieur de l'assistance financière, l'établissement hospitalier doit envoyer une notification écrite à la partie responsable et au ministère de la Santé, conformément à la législation de l'État.

Toutes les autres conditions énoncées dans la politique de gouvernance CommonSpirit Finance G-003, *Assistance financière*, restent inchangées.