

ADDENDUM À LA POLITIQUE DE GOUVERNANCE DE COMMONSPIRIT HEALTH

ADDENDUM pour les Finances G-003A-3 DATE D'EFFET : 1er novembre 2021

SUJET : Assistance financière - Washington

POLITIQUES ASSOCIÉES

Politique de gouvernance de CommonSpirit

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

Politique de gouvernance de CommonSpirit

Finances G-004, *Facturation et recouvrements*

Cet addendum pour l'État de Washington (l'Addendum) complète la politique de gouvernance CommonSpirit G-003, *Assistance financière* (la Politique d'assistance financière), comme il convient, à la lumière des lois et règlements de l'État de Washington concernant la fourniture de soins hospitaliers caritatifs et pour s'y conformer, selon la section « Coordination avec d'autres lois » de la Politique d'assistance financière.

Cet Addendum s'applique à toutes les filiales directes de CommonSpirit Health et aux filiales exonérées d'impôts dans l'État de Washington, comme défini dans la Politique d'assistance financière. Si une disposition du présent Addendum est en conflit ou incompatible avec une disposition de la Politique d'assistance financière, le présent Addendum prévaudra.

Dans la Politique d'assistance financière, les références aux Soins médicaux d'urgence et aux Soins médicalement nécessaires (EMCare) doivent être interprétées conformément aux définitions de « Services médicaux appropriés en Établissement hospitalier » et de « Soins d'urgence ou services d'urgence » contenues dans le WAC 246-453- 010(7) et (11), respectivement.

DÉFINITIONS

- A. « Le revenu familial » désigne le total des rentrées d'argent avant impôts provenant des salaires et traitements, des prestations d'aide sociale, des paiements de sécurité sociale, des indemnités de grève, des allocations de chômage ou d'invalidité, des pensions alimentaires pour enfants, des pensions alimentaires et des revenus nets des activités commerciales et d'investissement versés à la personne, conformément à la circulaire WAC 246-453-010 (17).

ÉLIGIBILITÉ À L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

- A. Aucun solde minimum de compte n'est exigé pour qu'un patient puisse bénéficier d'une Assistance financière.
- B. « 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 identifiée auprès de l'établissement hospitalier, conformément à la circulaire WAC 246-453-020(1),
- permettent à l'Établissement hospitalier de faire tous les efforts raisonnables pour déterminer l'existence ou l'inexistence d'un financement par des tiers qui pourrait couvrir en totalité ou en partie les frais des services fournis à chaque patient, conformément à la circulaire WAC 246-453-020(4) et
- n'imposent pas de procédures de demande de soins caritatifs qui imposent un fardeau déraisonnable à la partie redevable, 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 à la circulaire WAC 246-453-020(5).

MÉTHODE DE DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

- A.** Afin de déterminer le statut initial du financement, les Établissements hospitaliers doivent se fier aux renseignements fournis oralement par la partie redevable. L'Établissement hospitalier peut exiger que la partie redevable signe une déclaration attestant l'exactitude des renseignements qui lui ont été fournis pour déterminer le statut initial du financement, conformément à la circulaire WAC 246-453-030(1). Conformément à la circulaire WAC 246-453-020(1), si la détermination initiale du statut de financement 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 écartés en attendant une 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 financement.
- B.** Conformément à la circulaire WAC 246-453-030(2), outre les documents énumérés dans la Politique d'assistance financière, l'un des documents suivants sera considéré comme une preuve suffisante pour déterminer finalement du statut de financement de soins caritatifs, lorsque les informations sur le revenu sont annualisées, le cas échéant :
- Les formulaires approuvant ou refusant l'éligibilité à Medicaid ou à l'assistance médicale financée par l'état,
 - les formulaires approuvant ou refusant l'indemnisation chômage,
 - les déclarations écrites des employeurs ou des organismes d'aide sociale.
- C.** S'il existe des indications selon lesquelles, en raison de la capacité mentale, physique ou intellectuelle du patient, ou en raison d'une barrière linguistique, l'accomplissement de la procédure de demande constituerait une charge déraisonnable pour les patients, l'Établissement hospitalier prendra des mesures raisonnables pour faciliter la procédure de demande, y compris l'engagement d'un interprète pour aider le patient pendant la procédure de demande, le cas échéant.
- D.** Les Établissements hospitaliers doivent faire 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 des faits ou qu'ils reçoivent la documentation décrite dans les présentes, indiquant que le revenu

de la partie responsable est égal ou inférieur à deux cents pour cent (200 %) des lignes directrices fédérales en matière de pauvreté, ajustées en fonction de la taille de la famille. Le moment de la détermination finale de l'admissibilité à une Assistance financière ne doit pas avoir d'incidence sur l'identification par l'Établissement hospitalier des déductions de soins de bienfaisance des revenus, par opposition aux créances irrécouvrables. Circulaire WAC 246-453-020(10).

- E. Toute partie redevable dont on a déterminé initialement qu'elle répondait aux critères pour recevoir une assistance financière doit disposer d'au moins quatorze (14) jours civils ou le temps que l'état de santé de la personne peut exiger, ou du temps raisonnablement nécessaire pour obtenir et présenter la documentation décrite dans la circulaire WAC 246-453-030 avant de recevoir une détermination finale du statut de financement.
- F. Conformément à la circulaire WAC 246-453-030(4), dans le cas où la partie redevable 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'éligibilité à la classification en tant que personne indigente.
- G. Conformément à la circulaire WAC 245-453-030(5), les demandes de renseignements de l'Établissement hospitalier à la partie redevable pour vérification du revenu et de la taille de la famille doivent se limiter à ce qui est raisonnablement nécessaire et facilement accessible pour justifier l'admissibilité de la partie responsable au financement caritatif, et ne doivent pas être utilisées pour décourager les demandes de financement. Seuls les faits pertinents pour l'éligibilité peuvent être vérifiés, et des formulaires de vérification en double ne seront pas exigés.
- H. L'Établissement hospitalier doit aviser les personnes qui demandent une Assistance financière de la détermination finale de leur statut de financement dans les quatorze (14) jours civils suivant la réception de l'information, conformément à la circulaire WAC 246-453-020(7) ; cet avis doit inclure une détermination du montant pour lequel la partie redevable 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 et des critères sur lesquels ce refus est basé, au moment où les services ont été fournis ; tout paiement excédant le montant jugé approprié doit être remboursé au patient dans les trente (30) jours suivant l'obtention de la désignation de soins de bienfaisance. Circulaire WAC 246-453-020(11).
- J. Dans le cas où une partie redevable paie une partie ou la totalité des frais liés aux EMCare pertinents, et qu'il s'avère par la suite qu'elle a rempli les conditions d'assistance financière au moment où les services ont été fournis ; tout paiement excédant le montant jugé approprié doit être remboursé au patient dans les trente (30) jours suivant l'obtention de la désignation de soins de bienfaisance. Circulaire WAC 246-453-020(11).
- K. Conformément à la circulaire 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 deux cents pour cent (200 %) des lignes directrices fédérales en matière de pauvreté, ajustées en fonction de la taille de la famille, comme l'indique la détermination initiale du statut de financement.

ÉLIGIBILITÉ PRÉSUMÉE

Dans le cas où l'identification de la partie redevable en tant que personne indigente est évidente pour le personnel de l'Établissement hospitalier, et que ledit personnel est en mesure d'établir le niveau de revenu dans le cadre des critères généraux décrits dans la circulaire WAC 246-453-040, sur la base, entre autres des caractéristiques de vie individuelles contenues dans la Politique d'assistance financière, l'Établissement hospitalier n'est pas obligé d'établir le niveau de revenu exact ou de demander des documents à la partie redevable, à moins que cette dernière ne demande un examen plus approfondi.

APPELS

- A. Toutes les parties redevables pour lesquelles l'Assistance financière a été refusée doivent recevoir et être notifiées d'une procédure d'appel qui permet de corriger les manquements dans les documents fournis et de demander une révision du refus conduisant à une révision de la détermination par le directeur des finances de l'établissement hospitalier.
- B. Les parties redevables doivent être notifiées qu'elles ont trente (30) jours calendaires pour faire appel de la détermination finale de leur éligibilité à l'assistance financière. Durant les premiers quatorze (14) jours de cette période, l'établissement hospitalier ne doit pas renvoyer le compte en question à une agence de recouvrement externe. Si l'Établissement hospitalier a entrepris des activités de recouvrement et découvre qu'un appel a été fait, il doit cesser ses efforts de recouvrement jusqu'à ce que l'appel soit finalisé. Après une période de quatorze (14) jours, si aucun appel n'a été fait, l'hôpital peut entreprendre des activités de recouvrement.
- C. Si la décision finale de l'appel confirme le refus antérieur de toute assistance financière, l'Établissement hospitalier doit envoyer une notification écrite à la partie redevable et au ministère de la Santé, conformément à la législation de l'état.

Toutes les autres conditions énoncées dans la Politique de gouvernance CommonSpirit pour les Finances G-003, *l'Assistance financière*, demeurent inchangées.