Objet : Politique d'assistance financière (soins de bienfaisance) de Kadlec Regional Medical Center	**Numéro de politique :** PSJH RCM 002 Kadlec	
Département : Gestion du cycle des recettes	☐ Nouveau ☒ Corrigé ☐ Révisé	**Date :** 01/01/2025
Commanditaire exécutif : Vice-président principal, chef du cycle des recettes	**Propriétaire de la politique :** AVP des conseils financiers	
Approuvé par : Vice-président principal, chef du cycle des recettes	**Date de mise en œuvre :** 27/01/2025	

Kadlec Regional Medical Center (« Kadlec ») est une organisation de soins de santé catholique à but non lucratif qui se consacre à sa mission de servir tout le monde, en particulier les personnes pauvres et vulnérables. Kadlec estime que l'obtention de soins médicaux est un droit que toute personne devrait avoir. Kadlec veille à ce que les services de santé urgents et nécessaires d'un point de vue médical soient accessibles à tous les membres de la communauté, même s'ils n'ont pas les moyens de payer.

CHAMP D'APPLICATION :

Cette politique s'applique à tous les hôpitaux Kadlec dans l'État de Washington. Elle couvre tous les services d'urgence, les soins urgents et les autres services nécessaires d'un point de vue médical (à l'exception des soins expérimentaux, d'investigation, esthétiques ou cosmétiques, ou des soins pour la commodité du patient ou du médecin) (tels que définis dans la définition des « services éligibles »). La liste des hôpitaux Kadlec qui sont concernés par cette politique est disponible dans l'Annexe A. Lorsque nous utilisons le mot « hôpital » ou « établissement » dans cette politique, ces termes désignent l'ensemble des établissements décrits dans l'Annexe A.

La présente politique doit être interprétée conformément à la section 501(r) du code fiscal américain de 1986, tel que modifié, et aux exigences de la loi sur les soins de bienfaisance de l'État de Washington et de ses règlements d'application, voir RCW Chapitre 70.170 et WAC Chapitre 246.453, tels que modifiés de temps à autre. En cas de conflit entre cette politique et la loi, c'est la loi qui prévaut.

OBJECTIF :

L'objectif de cette politique est de garantir l'existence d'une méthode cohérente, équitable et non discriminatoire pour fournir une assistance financière (également appelée « soins de bienfaisance ») aux personnes admissibles qui n'ont pas les moyens de payer, en totalité ou en partie, les services éligibles fournis par Kadlec.

Cette politique vise à respecter toutes les lois applicables. Il s'agit de la politique officielle d'assistance financière (soins de bienfaisance) et de soins médicaux d'urgence pour chaque hôpital Kadlec à Washington.

PERSONNES RESPONSABLES :

Départements du cycle de recettes. En outre, tous les membres du personnel concernés qui exercent des fonctions liées à l'inscription, aux admissions, au conseil financier et à l'assistance à la clientèle recevront régulièrement une formation sur cette politique.

POLITIQUE :

Kadlec fournira les services éligibles gratuitement ou à moindre coût aux patients admissibles qui soumettent une demande ou qui sont considérés comme admissibles aux soins de bienfaisance, conformément aux critères énoncés dans la présente politique. Pour en bénéficier, les patients doivent remplir les conditions d'éligibilité décrites dans la présente politique. Aux fins de la présente politique, le terme « patient » désigne le patient ainsi que toute personne qui se porte garant ou qui est responsable (c'est-à-dire une personne qui est responsable du paiement de tous les frais de l'établissement au nom du patient qui ne sont pas payés par un tiers).

Le service des Urgences de l'hôpital Kadlec fournira des soins en cas d'urgence médicale (au sens de la loi sur le traitement médical d'urgence et le travail et du chapitre 246-453-010 du Code administratif de Washington) conformément aux capacités disponibles du service des Urgences, qu'une personne soit ou non éligible à l'assistance financière. Kadlec ne pratiquera aucune discrimination basée sur l'âge, la race, la couleur de peau, les croyances, l'appartenance ethnique, la religion, l'origine nationale, le statut matrimonial, le sexe, le handicap, le statut de vétéran ou de militaire, ou toute combinaison de ces caractéristiques, ou toute autre base interdite par la loi fédérale, d'État ou locale lors de la détermination de l'éligibilité à l'assistance financière. La discrimination basée sur le sexe comprend, sans s'y limiter, les caractéristiques sexuelles, y compris les traits intersexuels, la grossesse ou les conditions connexes, l'orientation sexuelle, l'identité de genre et les stéréotypes sexuels.

Le service des Urgences de l'hôpital Kadlec fournira des examens médicaux d'urgence et un traitement de stabilisation de l'état de santé du patient ou, le cas échéant, orienteront et transféreront le patient vers un autre hôpital. Kadlec n'autorise aucune action, pratique d'admission ou politique susceptible de dissuader les patients de chercher à obtenir des soins médicaux d'urgence, par exemple en autorisant des activités de recouvrement de dettes qui interfèrent avec la fourniture de soins médicaux d'urgence.

Liste des professionnels soumis à la FAP de Kadlec :

Chaque hôpital Kadlec dispose d'une liste de médecins, de groupes médicaux ou d'autres prestataires de soins de santé qui sont concernés ou non par cette politique. Chaque hôpital Kadlec fournira cette liste à tout patient qui la demandera. La liste des prestataires est également consultable en ligne sur le site Web de Kadlec : Paiement des factures Kadlec | Providence.

Conditions d'éligibilité à l'assistance financière :

Les patients assurés ou non assurés peuvent bénéficier d'une assistance financière s'ils satisfont aux exigences de cette politique. Les soins de bienfaisance accordés conformément à la présente politique doivent également être conformes à d'autres lois concernant les avantages autorisés pour les patients. Kadlec s'efforcera de vérifier s'il existe une autre assurance susceptible de couvrir les coûts des services éligibles avant de facturer le patient. Les patients ne seront pas tenus de s'inscrire à des programmes d'assistance médicale de tiers avant d'être sélectionnés pour une assistance financière.

Lorsqu'un patient peut être admissible à une couverture par l'intermédiaire de programmes d'assistance médicale en vertu du chapitre 74.09 du RCW ou de l'échange de prestations de santé de l'État de Washington, ou lorsqu'il est déterminé qu'il est admissible à une couverture rétroactive des soins de santé par l'intermédiaire de programmes d'assistance médicale en vertu du chapitre 74.09 du RCW, Kadlec aidera le patient à demander une telle couverture. L'assistance financière peut être refusée au patient s'il ne fait pas d'efforts raisonnables pour coopérer avec Kadlec et aider Kadlec à demander une telle couverture. Kadlec n'imposera pas de contraintes déraisonnables au patient dans le cadre de la procédure de demande d'assistance financière et de couverture rétroactive, en tenant compte de toute déficience physique, mentale, intellectuelle ou sensorielle, ou de toute barrière linguistique susceptible de porter atteinte à la capacité du patient à se conformer aux procédures de demande. Les patients qui sont manifestement ou catégoriquement inéligibles ou qui ont été jugés inéligibles au cours des 12 derniers mois à un programme d'État ou fédéral ne seront pas tenus de demander à bénéficier de ces programmes pour recevoir une assistance financière.

Les patients sans assurance bénéficieront d'une réduction. Les types de factures susceptibles de faire l'objet d'un ajustement de l'assistance financière comprennent, sans s'y limiter, les factures payées par le patient lui-même, les factures des patients qui bénéficient d'une couverture hors-réseau et les montants de la coassurance, de la franchise et de la participation aux frais pour les patients assurés.

Les patients qui souhaitent bénéficier d'une assistance financière peuvent remplir la demande d'assistance financière standard de Kadlec et leur éligibilité sera déterminée en fonction de la nécessité financière à la date du service ou à la date de la demande, selon l'éventualité qui indique le montant de revenu le plus faible et la nécessité financière la plus élevée. Les patients peuvent présenter une nouvelle demande d'assistance si leur situation financière change, même si une demande antérieure a été refusée ou partiellement approuvée. Des efforts seront faits pour informer les patients de l'existence d'une assistance financière en fournissant des informations lors de l'admission et de la sortie, sur le relevé de facturation du patient, dans les zones de facturation accessibles aux patients (comme les comptoirs d'inscription), sur le site Web de Kadlec, par notification orale lors des discussions sur le paiement, ainsi que sur les panneaux dans les zones d'hospitalisation et de consultation externe, y compris les zones où les patients sont admis ou inscrits et dans le service des urgences. Des traductions seront disponibles dans n'importe quelle langue parlée par plus de cinq

pour cent de la population dans la zone de service de l'hôpital. Kadlec conservera les informations utilisées pour déterminer l'éligibilité à l'assistance financière. Kadlec fournira une copie papier de cette politique à tout patient qui en fait la demande.

Kadlec approuvera également certains patients pour un ajustement caritatif du solde de leur compte par des moyens autres qu'une demande d'assistance financière complète si les patients remplissent les conditions détaillées plus loin dans cette politique (voir la rubrique « Assistance financière sans demande d'assistance financière »).

Évaluation initiale : Kadlec proposera une évaluation initiale à chaque patient qu'il rencontre directement (c'est-à-dire, en personne, par téléphone ou par voie électronique). L'évaluation initiale s'appuiera sur les déclarations des patients concernant la taille de leur ménage et le montant de leurs revenus.

- Si un patient semble susceptible d'être éligible à une assistance financière d'après l'évaluation initiale, Kadlec informera le patient de son éligibilité présumée et lui indiquera comment déposer une demande d'assistance financière en soumettant une demande d'assistance financière. Kadlec informera également le patient que la demande d'assistance financière dûment remplie doit être fournie à Kadlec dans un délai de quatorze (14) jours afin d'empêcher toute démarche de recouvrement. Si la demande d'assistance financière dûment remplie n'est pas fournie dans ce délai, Kadlec pourra entamer des démarches de recouvrement, à moins que le patient ne demande un délai supplémentaire (voir la rubrique « Demander une assistance financière»).
- Si un patient semble inéligible à une assistance financière, Kadlec l'en informera en lui adressant un avis écrit. Kadlec informera également le patient qu'il peut encore soumettre une demande d'assistance financière dûment remplie afin d'obtenir une évaluation plus approfondie de sa situation financière.

Kadlec procédera à une évaluation initiale même s'il utilise également un outil d'évaluation financière reconnu par l'industrie pour évaluer la capacité à payer d'après les informations financières ou autres informations publiques et que cet outil indique que le patient n'est peut-être pas éligible à une assistance financière.

Si Kadlec n'a pas de contact direct avec le patient, si le patient est dans l'incapacité de participer à l'évaluation initiale pour raisons médicales, ou si une évaluation initiale est impossible compte tenu des circonstances, Kadlec fournira au patient une explication écrite sur la disponibilité de l'assistance financière, ainsi que des instructions sur la manière de déposer une demande. Cette explication s'accompagnera des coordonnées d'une personne chez Kadlec qui sera en mesure d'aider le patient à remplir la demande d'assistance financière, et d'une copie de la demande d'assistance financière.

Si un patient refuse l'évaluation initiale ou ne coopère pas avec l'évaluation initiale, mais indique qu'il souhaite faire une demande d'assistance financière ou qu'il risque de rencontrer des difficultés pour payer, Kadlec lui fournira les informations suivantes une explication écrite de la disponibilité de l'assistance financière, ainsi que des instructions sur la manière de remplir une demande.

Selon les circonstances et/ou les préférences du patient, Kadlec peut communiquer avec les patients par différents moyens, notamment, mais sans s'y limiter, au moyen d'interfaces numériques.

Demande d'assistance financière : Les patients peuvent demander et soumettre une demande d'assistance financière, qui est gratuite et disponible dans l'établissement Kadlec, ou par les moyens suivants : en informant le personnel des services financiers aux patients au moment de la sortie de l'hôpital ou avant, en envoyant un courrier ou en se rendant sur le site www.providence.org/financialhelp. La demande d'assistance financière d'une personne sera traitée afin de déterminer si elle remplit les conditions pour bénéficier d'une assistance financière tels qu'ils sont définis dans la présente politique.

Les établissements Kadlec disposent d'un personnel désigné prêt à aider les patients à remplir la demande d'assistance financière et à déterminer si le patient peut bénéficier d'une assistance financière de la part de Kadlec ou de programmes d'assurance financés par le gouvernement. Une aide à la traduction est également disponible pour répondre aux questions et aider à remplir la demande d'assistance financière.

Un patient peut à tout moment fournir une demande d'assistance financière dûment remplie, accompagnée de toutes les pièces justificatives demandées. Kadlec suspendra toute activité de recouvrement dans l'attente d'une détermination initiale de l'éligibilité à l'assistance financière, à condition que le patient coopère aux efforts raisonnables de Kadlec pour parvenir à une détermination initiale. Si un patient demande à Kadlec de lui accorder un

délai supplémentaire pour déposer sa demande d'assistance financière, Kadlec n'entamera pas de démarches de recouvrement avant au moins quatorze (14) jours supplémentaires à compter de la date de la demande du patient.

L'éligibilité à l'assistance financière peut être déterminée à partir des conditions de revenus détaillées dans l'Annexe B. Si Kadlec approuve la demande d'assistance financière d'un patient, il considérera les services admissibles reçus par le patient comme étant admissibles à une assistance financière pendant au moins neuf (9) mois, sauf si le patient avise Kadlec qu'il n'a plus besoin et/ou ne veut plus bénéficier d'une assistance financière.

Situation financière individuelle : Les revenus, certains actifs et les dépenses du patient serviront à évaluer sa situation financière individuelle. En outre, Kadlec prendra en compte et recueillera des informations relatives aux actifs comme l'exigent les centres de services Medicare et Medicaid (CMS) pour les rapports de coûts Medicare, qui s'appliquent aux patients Medicare qui ne sont pas également couverts par une assurance Medicaid. Bien que Kadlec collecte des informations à propos des actifs de ces personnes, lesquelles peuvent inclure des relevés bancaires et d'autres informations que les conseillers financiers de Kadlec jugent nécessaires, tous ces actifs ne seront pas pris en compte dans le montant final de l'indemnité. Par exemple, le calcul de l'indemnité ne prendra pas en compte : (A) les premiers 100 000 $ d'actifs monétaires d'un patient (y compris les actifs de sa famille, le cas échéant), et 50 % des actifs monétaires d'un patient au-delà des premiers 100 000 $ (y compris les actifs de sa famille, le cas échéant) ; (B) le capital net d'une résidence principale ; (C) les plans de retraite ou de rémunération différée qualifiés en vertu du code fiscal américain ou les plans de rémunération différée non qualifiés ; (D) un véhicule à moteur et un deuxième véhicule à moteur s'il est nécessaire aux fins d'emploi ou à des fins médicales ; (E) tout contrat prépayé d'enterrement ou de concession funéraire ; et (F) toute politique d'assurance-vie dont la valeur nominale est inférieure ou égale à 10 000 $. La valeur de tout actif assorti d'une pénalité pour retrait anticipé est la valeur de l'actif après paiement de la pénalité. Les demandes d'informations adressées par Kadlec à la partie responsable dans le but de vérifier les actifs seront limitées à ce qui est raisonnablement nécessaire et facilement disponible pour déterminer l'existence, la disponibilité et la valeur des actifs d'une personne et ne seront pas utilisées pour dissuader la demande de soins gratuits ou à prix réduit. Aucun duplicata ne sera demandé. Un seul relevé de compte courant sera exigé pour vérifier les avoirs monétaires. Si aucun justificatif n'est disponible, Kadlec s'appuiera sur une déclaration écrite et signée du patient. Toute information relative aux actifs obtenue par l'hôpital dans le cadre de l'évaluation d'un patient pour des soins de bienfaisance, ne sera pas utilisée dans le cadre des activités de recouvrement. Par ailleurs, les actifs ne seront pas pris en compte pour les foyers en-dessous de 300 % du FPL, excepté pour les patients Medicare qui ne sont pas également couverts par une assurance Medicaid, comme l'exigent les CMS pour les rapports de coûts Medicare.

Conditions de revenus : Le revenu du patient, basé sur le FPL, peut être utilisé pour déterminer l'éligibilité à l'assistance financière. Veuillez consulter l'Annexe B pour plus de détails.

Détermination de l'éligibilité : Les patients recevront une notification de décision d'éligibilité à la FAP dans les 14 jours suivant l'envoi de la demande d'assistance financière dûment remplie et des documents nécessaires. La notification inclura spécifiquement une explication de la base utilisée pour la détermination. Une fois la demande reçue, les démarches de recouvrement seront suspendues jusqu'à ce qu'une décision écrite d'éligibilité soit envoyée au patient. Kadlec ne déterminera pas l'éligibilité à une assistance sur la base d'informations que l'hôpital estime raisonnablement être incorrectes ou non fiables.

Règlement des litiges : Les patients qui ont rempli une demande d'assistance financière peuvent faire appel d'une décision d'inéligibilité à une assistance financière en adressant à Kadlec des justificatifs supplémentaires pertinents dans un délai de 30 jours suivant la réception de l'avis de refus. Il est possible que le patient doive fournir des documents supplémentaires pour étayer son recours. Kadlec suspendra toute activité de recouvrement dans l'attente de l'examen du recours. Tous les recours seront examinés et si le refus est confirmé, une notification écrite sera adressée au patient et au ministère de la Santé de l'État, le cas échéant, et conformément à la loi. La procédure de recours final se conclura dans un délai de 10 jours suivant la réception du refus par Kadlec. Un recours peut être adressé à Kadlec, Attn: PFS, 888 Swift Blvd, Richland, WA 99352.

Assistance financière sans demande d'assistance financière : Kadlec peut approuver un patient pour un ajustement présumé du solde de son compte sans demande complète d'assistance financière, comme indiqué dans les circonstances ci-dessous :

- Déterminations présumées : Ces décisions seront prises sur une base présumée à l'aide d'un outil d'évaluation financière reconnu par l'industrie qui évalue la capacité à payer sur la base d'informations financières ou autres informations publiques, y compris, mais sans s'y limiter, le revenu approximatif du

ménage et la taille de la famille selon les critères d'éligibilité énoncés dans l'Annexe B. Pour les patients qui sont présumés admissibles à l'annulation des montants à la charge du patient sur la base de cette évaluation, les montants admissibles seront annulés comme défini dans l'Annexe B. Il est possible que les patients qui ont versé un paiement avant que Kadlec ne détermine que le patient est présumé admissible à une assistance financière doivent soumettre une demande d'assistance financière complète afin d'évaluer leur éligibilité au remboursement des montants précédemment versés.

- Programmes d'assistance publique : Les patients qui participent aux programmes Medicaid d'État sont admissibles à une assistance financière présumée. Les soldes des comptes des patients découlant de frais pour des services éligibles qui ne sont pas remboursables par Medicaid ou d'autres programmes d'aide aux ménages à faibles revenus financés par le gouvernement peuvent être admissibles à l'annulation totale des montants à la charge du patient, au titre des soins de bienfaisance, y compris, mais sans s'y limiter, les frais non remboursables pour des services éligibles suivants :
    - Séjours d'hospitalisation refusés
    - Jours d'hospitalisation refusés
    - Services non couverts
    - Refus de demande d'autorisation préalable
    - Refus pour cause de couverture limitée

Pour les patients qui participent à des programmes d'assistance publique financés par l'État et qualifiés par le FPL (par ex., Basic Food Supplemental Nutrition Assistance Program et Food Assistance Program (SNAP) ; Temporary Assistance for Needy Families (TANF) ; Children's Health Insurance Program (CHIP) ; Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC) ; programmes de déjeuner ou de petit-déjeuner gratuit ; et programmes d'aide au paiement des frais d'énergie domestique pour les personnes à faibles revenus), Kadlec peut considérer cette participation comme preuve du FPL ou du revenu familial annuel afin de déterminer l'éligibilité à une assistance présumée conformément à l'Annexe B.

Frais médicaux onéreux : Kadlec accordera une assistance financière à sa discrétion d'après la situation du patient ou en cas de dépenses médicales onéreuses admissibles si le revenu familial annuel du patient et le total des dépenses médicales dans les établissements Kadlec au cours des 12 mois précédents répondent aux exigences spécifiées dans l'Annexe B. Une demande d'assistance financière complète est nécessaire pour évaluer l'éligibilité aux frais médicaux onéreux.

En cas d'urgence : Une assistance financière peut être accordée en cas d'urgence nationale ou a l'échelle de l'État, indépendamment de l'aide aux dépenses onéreuses. Les critères d'éligibilité et les montants des remises seront fixés à la discrétion de Kadlec au moment de l'urgence. Une demande d'assistance financière complète est nécessaire pour évaluer l'éligibilité à l'assistance financière en période d'urgence.

Conditions d'éligibilité : Kadlec peut refuser la demande d'assistance financière d'un patient lorsque le patient ne remplit pas les conditions énoncées dans cette politique. Kadlec peut, conformément à la législation de l'État, imposer des conditions d'éligibilité pour la détermination de l'assistance financière sans demande d'assistance financière, y compris, mais sans s'y limiter, l'obligation pour les patients de répondre aux demandes, le cas échéant, pour faciliter la demande de couverture rétroactive des soins de santé par l'intermédiaire de programmes d'assistance médicale en vertu du chapitre 74.09 du RCW. Si un patient ne remplit pas les conditions requises pour bénéficier d'une assistance financière sur la base des informations examinées sans que la demande d'assistance financière soit complète, il peut néanmoins fournir les informations requises conformément à la demande d'assistance financière et être pris en compte dans le cadre de la procédure d'éligibilité et de demande d'assistance financière énoncée dans la présente politique.

Limitation des frais pour tous les patients éligibles à l'assistance financière : Aucun patient ayant droit à l'une des catégories d'assistance financière susmentionnées ne se verra facturer un montant supérieur au pourcentage des montants généralement facturés (AGB) des frais bruts pour les services éligibles, tels que définis ci-dessous.

Échéancier de paiement raisonnable : Tous les patients peuvent demander un échéancier de paiement, indépendamment de la détermination ou de la demande d'aide financière. L'échéancier de paiement comprendra des versements mensuels (sans intérêts ni pénalités de retard) ne dépassant pas 10 % du revenu mensuel du patient ou de sa famille, déduction faite des frais de subsistance habituels du patient, tels qu'ils figurent dans la demande d'assistance financière du patient.

Facturation et recouvrement : S'il reste des montants à payer après l'application de l'assistance financière admissible, ces montants peuvent être envoyés en recouvrement, excepté que Kadlec n'envoie pas en recouvrement les montants relatifs aux services éligibles fournis aux patients Medicaid. Avant d'envoyer un impayé à une agence de recouvrement, Kadlec procédera à une vérification afin de déterminer si le patient est admissible à une assistance financière, comme décrit dans la présente politique. Les démarches de recouvrement des soldes impayés cesseront dans l'attente de la détermination finale de l'éligibilité à une assistance financière. Dans le cas où un patient n'a pas encore soumis une demande d'assistance financière, Kadlec vérifiera son éligibilité présumée dans un délai conforme à la législation de l'État et aux pratiques de facturation et de recouvrement de Kadlec. L'assistance financière basée sur la détermination présumée sera fournie selon les modalités définies à l'Annexe B. Si un patient souhaite obtenir une détermination plus rapide de son éligibilité à une assistance financière, il peut à tout moment soumettre une Demande d'assistance financière. Kadlec ne prendra pas, ou n'autorisera pas les agences de recouvrement, à prendre des mesures de recouvrement extraordinaires, telles que définies ci-dessous. Pour obtenir des informations sur les pratiques de facturation et de recouvrement de Kadlec concernant les montants dus par les patients, veuillez consulter la politique de Kadlec, qui est disponible gratuitement au bureau d'enregistrement de chaque hôpital Kadlec ou à l'adresse suivante : Paiement des factures Kadlec | Providence.

Remboursements aux patients : Si un patient paie pour des services éligibles et qu'il est par la suite jugé admissible à une assistance financière sur la base de la demande d'assistance financière, tout paiement effectué pour ces services éligibles au cours de la période d'éligibilité à la FAP qui dépasse l'obligation de paiement sera remboursé, conformément aux réglementations d'État et fédérales. Pour plus de clarté, Providence ne remboursera pas automatiquement les montants payés précédemment sur la base d'une détermination d'éligibilité présumée.

Révision annuelle : Cette politique sera réexaminée chaque année par les responsables désignés du cycle des recettes.

EXCEPTIONS :

Voir la rubrique Champ d'application ci-dessus.

DÉFINITIONS :

Les définitions et exigences suivantes s'appliquent à cette politique :

1. Niveau de pauvreté fédéral (FPL) : FPL désigne les directives sur la pauvreté mises à jour périodiquement dans le registre fédéral par le ministère de la Santé et des Services sociaux des États-Unis.

2. Montants généralement facturés (AGB) : Les montants généralement facturés pour les soins d'urgence et autres soins médicaux nécessaires aux patients bénéficiant d'une assurance maladie sont désignés dans la présente politique par le terme AGB. Kadlec détermine le pourcentage AGB applicable à chaque établissement Kadlec en multipliant les frais bruts de l'établissement pour les services éligibles par un pourcentage fixe basé sur les demandes de remboursement autorisées par Medicare ou les payeurs commerciaux. Des fiches d'information détaillant les pourcentages AGB utilisés par chaque établissement de Kadlec, ainsi que leur mode de calcul, peuvent être obtenues en visitant le site : www.kadlec.org/obp , ou en appelant le **1-509-942-2626** pour demander une copie.

3. Services éligibles : Services éligibles désigne les services d'urgence ou nécessaires d'un point de vue médical fournis par un établissement de Kadlec qui sont admissibles à une assistance financière. Aux fins de la présente politique, les services médicaux nécessaires comprennent les services visant à prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie, une blessure, un état ou une affection, ou les symptômes d'une maladie, d'une blessure, d'un état ou d'une affection, et qui répondent aux normes acceptées de la médecine. Les services à caractère esthétique, cosmétique, expérimental, de recherche ou faisant partie d'un programme de recherche clinique, ou les services destinés à la commodité du patient ou du médecin, ne sont pas considérés comme des services médicaux nécessaires.

4. Mesure de recouvrement extraordinaire (ECA) : Les ECA sont définies comme les actions et mesures qui nécessitent une procédure légale ou judiciaire, qui impliquent la vente d'une dette à une autre partie, ou qui impliquent la communication d'informations défavorables à des agences ou bureaux de crédit. Les actions qui requièrent une procédure légale ou judiciaire à cette fin comprennent un privilège, la saisie d'un bien immobilier, la saisie d'un compte bancaire ou d'autres biens personnels, l'engagement d'une action civile

contre un individu, les actions qui entraînent l'arrestation d'un individu, les actions qui entraînent un ordre de détention et la saisie de salaire.

5. Période d'éligibilité à la FAP : La période d'éligibilité à la FAP est de (i) 240 jours pour les services hospitaliers ; et de (ii) 90 jours pour les services cliniques, dans chaque cas où un patient doit soumettre une demande d'assistance financière à Kadlec. Le délai commence à la date à laquelle le premier relevé de facturation, après l'hospitalisation, est fourni au patient. Un relevé de facturation est considéré comme « après l'hospitalisation » s'il est fourni à un patient après que celui-ci a reçu des soins, qu'il soit ambulatoire ou stationnaire, et qu'il a quitté l'établissement. La période de 240 jours pour les services hospitaliers ou de 90 jours pour les services cliniques, selon le cas, est calculée à partir de la première facture après la sortie de l'hôpital pour la période de traitement la plus récente. Cela dit, Kadlec est libre d'accepter et de traiter les demandes d'assistance financière des patients à tout moment.

RÉFÉRENCES :

Code fiscal américain, Section 501(r) ; 26 C.F.R. 1.501(r)(1) – 1.501(r)(7)
Code administratif de l'État de Washington (WAC) Chapitre 246-453
Code révisé de l'État de Washington (RCW) Chapitre 70.170
Loi sur le traitement médical d'urgence et le travail (EMTALA), 42 U.S.C. 1395dd
42 C.F.R. 482.55 et 413.89
Lignes directrices de l'American Hospital Associations sur les œuvres de bienfaisance
Lignes directrices de l'engagement de Providence envers les personnes non assurées
Manuel de remboursement des prestataires, partie I, chapitre 3, section 312

Annexe A – Liste des établissements concernés

Centre médical régional Kadlec

Par souci de clarté, cette politique s'applique également à tous les services et cliniques des établissements concernés, qu'ils soient hospitaliers ou ambulatoires. En outre, cette politique s'applique aux employés des établissements concernés, ainsi qu'à toute entité à but non lucratif ou sans but lucratif détenue ou contrôlée majoritairement par Kadlec et portant le nom de Kadlec, ainsi qu'à leurs employés respectifs.

Annexe B – Conditions de revenus pour Kadlec

Si...	Alors...
Le revenu familial annuel, ajusté pour La taille de la famille est inférieure ou égale à 300 % des directives FPL actuelles,	Le patient est considéré comme financièrement indigent et remplit les conditions requises pour bénéficier d'une assistance financière. Il est possible d'annuler 100 % des montants à la charge du patient pour les services éligibles.
Le revenu familial annuel, ajusté en fonction de la taille de la famille, est compris entre 301 % et 400 % des directives actuelles du FP,	le patient peut bénéficier d'une réduction de 76 % par rapport aux frais initiaux sur les montants à la charge du patient pour les services éligibles, et ne sera en aucun cas facturé au-delà de l'AGB.
Le revenu familial annuel, ajusté en fonction de la taille de la famille, est inférieur ou égal à 400 % du FPL ET le patient a encouru des dépenses médicales totales dans les établissements Kadlec au cours des 12 mois précédents supérieures à 20 % de son revenu familial annuel, ajusté en fonction de la taille de la famille, pour les services éligibles,	le patient peut bénéficier d'une approbation unique de l'assistance financière pour les dépenses médicales onéreuses, avec une annulation de 100 % des montants dus par le patient pour les services éligibles dus à la date d'envoi de la demande d'assistance financière.
Si un patient n'a pas soumis une demande d'assistance financière complète comme défini dans la présente politique, mais que l'analyse d'un outil d'évaluation financière reconnu par l'industrie estime que le revenu approximatif du ménage, ajusté en fonction de la taille de la famille, est inférieur ou égal à 300 % des directives actuelles du FPL,	Le patient est présumé admissible à une assistance financière. Il est possible d'annuler 100 % des montants à la charge du patient pour les services éligibles.