

 <p>Centre médical de l'Université du Maryland  Campus Midtown du Centre médical de l'Université du Maryland  Institut d'orthopédie et de rééducation de l'Université du Maryland  Centre médical Saint Joseph de l'Université du Maryland  Centre médical Baltimore Washington de l'Université du Maryland  Centre médical Shore de l'Université du Maryland à Chestertown  Centre médical Shore de l'Université du Maryland à Dorchester  Centre médical Shore de l'Université du Maryland à Easton  Centre médical régional Charles de l'université du Maryland  Université du Maryland Upper Chesapeake Health  Université du Maryland Capital Region Health</p>	<b>Système médical de l'Université du Maryland</b> <b>Bureau central</b> <b>Politique et procédure</b>	<i>Politique :</i> Aide financière
		<i>Date de prise d'effet :</i> 01/07/2021
	<b><u>Objet :</u></b> <b>AIDE FINANCIÈRE</b>	<i>Remplace :</i> 01/07/2020

### **POLITIQUE**

La présente politique s'applique aux établissements hospitaliers du Système médical de l'Université du Maryland (University of Maryland Medical System) (« hôpitaux UMMS ») suivants :

- Centre médical de l'Université du Maryland (UMMC)
- Campus Midtown du Centre médical de l'Université du Maryland (MTC)
- Institut d'orthopédie et de rééducation de l'Université du Maryland (UMROI)
- Centre médical Saint Joseph de l'Université du Maryland (UMSJMC)
- Centre médical Baltimore Washington de l'Université du Maryland (UMBWMC)
- Centre médical Shore de l'Université du Maryland à Chestertown (UMSMCC)
- Centre médical Shore de l'Université du Maryland à Dorchester (UMSMCD)
- Centre médical Shore de l'Université du Maryland à Easton (UMSMCE)
- Centre médical régional Charles de l'université de Maryland (UMCRMC)

- Université du Maryland Upper Chesapeake Health (UCHS)
- Université du Maryland Capital Region Health (UM Capital)

Le système médical de l'Université du Maryland (« UMMS ») s'engage à fournir une aide financière aux personnes non couvertes par une assurance maladie, sous-assurées, non admissibles aux programmes du gouvernement ou autrement dans l'impossibilité de régler leurs frais médicalement nécessaires et urgents au vu de leur situation financière individuelle.

Les hôpitaux de l'UMMS ont pour politique de fournir une Aide financière basée sur l'indigence ou le coût onéreux des frais médicaux, aux patients remplissant des critères financiers spécifiques et sollicitant cette aide. La déclaration de politique suivante a pour objet de décrire notamment : les démarches à suivre pour formuler une demande Aide financière, les critères d'admissibilité, et les étapes de traitement des demandes.

L'UMMS publiera des avis de disponibilité de l'aide financière dans la salle d'urgence (le cas échéant) et les zones d'admission de chaque hôpital de l'UMMS, ainsi que dans le bureau de facturation. Le patient recevra un avis de disponibilité avec les factures qui lui sont envoyées. Des affiches seront placées dans les zones importantes accessibles aux patients. Une fiche d'informations sur la facturation et l'aide financière aux patients sera fournie avant la sortie de l'hôpital. Elle sera disponible (avec la présente politique et la Demande d'aide financière) sur demande et sans frais, aussi bien par courrier, qu'en salle d'urgences (le cas échéant) et dans les secteurs d'admission. La présente politique, la fiche d'informations sur la facturation et l'aide financière aux patients, ainsi que la Demande d'aide financière seront également publiées et facilement accessibles sur le site Web de l'UMMS ([www.umms.org](http://www.umms.org)).

L'Aide financière peut être prolongée après l'étude et la documentation des circonstances financières du patient. À cet effet, les engagements, les frais médicaux en cours du patient, et tous les frais médicaux prévus seront étudiés (y compris les comptes de créances irrécouvrables, sauf ceux ayant mené à un recours en justice et pour lesquels un jugement a été prononcé). L'accès à l'aide financière peut être proposé aux patients dont les comptes ont été soumis à une agence de recouvrement.

L'UMMS se réserve le droit, à sa seule discrétion, de déterminer la capacité d'un patient à payer. Tous les patients ayant besoin de soins urgents seront traités indépendamment de leur capacité à payer. Pour les soins urgents, les demandes d'accès au Programme d'apurement financier seront complétées, reçues et évaluées rétrospectivement et ne retarderont pas la prestation des soins aux patients.

La présente politique a été adoptée pour le Centre médical Saint Joseph de l'Université du Maryland (UMSJMJC) et a pris effet le 1<sup>er</sup> juin 2013.

La présente politique a été adoptée pour le Campus Midtown du Centre médical de l'Université du Maryland (MTC) et a pris effet le 22 septembre 2014.

La présente politique a été adoptée pour le Centre médical Baltimore Washington de l'Université du Maryland (UMBWMC) et a pris effet le 1<sup>er</sup> juillet 2016.

La présente politique a été adoptée pour le Centre médical Shore de l'Université du Maryland à Chestertown (UMSMCC) et a pris effet le 1<sup>er</sup> septembre 2017.

La présente politique a été adoptée pour le Centre médical Shore de l'Université du Maryland à Dorchester (UMSMCD) et a pris effet le 1<sup>er</sup> septembre 2017.

La présente politique a été adoptée pour le Centre médical Shore de l'Université du Maryland à Easton (UMSMCE) et a pris effet le 1<sup>er</sup> septembre 2017.

La présente politique a été adoptée pour le Centre médical régional Charles de l'Université du Maryland (UMCRM) et a pris effet le 2 décembre 2018.

La présente politique a été adoptée pour l'Université du Maryland Upper Chesapeake Health (UCHS) et a pris effet le 1<sup>er</sup> juillet 2019

La présente politique a été adoptée pour Capital Region Health de l'Université du Maryland (UM Capital) et a pris effet le 18 septembre 2019

### **ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME**

Conformément à leur mission de fournir avec compassion des services de soins de santé de qualité et de défendre ceux qui n'ont pas les moyens de payer les soins médicalement nécessaires, les hôpitaux de l'UMMC, du MTC, de l'UMROI, de l'UMSJM, de l'UMBWMC, de l'UMSMCC, de l'UMSMCD, de l'UMSMCE, de l'UMCRM, de l'UCHS, et de l'UM Capital s'efforcent de garantir que la capacité financière des personnes ayant besoin de soins de santé ne les empêche pas de recevoir ces soins.

#### **Exclusions de prise en charge spécifiques du Programme d'aide financière :**

Le Programme d'aide financière s'applique généralement à tous les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires fournis par les hôpitaux UMMS, ainsi que par certaines entités associées aux hôpitaux citées dans la pièce jointe B. Cependant, le programme d'aide financière ne s'applique pas dans les cas suivants :

1. Les soins fournis par des prestataires de santé non affiliés aux hôpitaux de l'UMMS (p. ex., équipement médical durable ou services de santé à domicile).
2. Les patients dont le programme ou la police d'assurance ne prend pas en charge les services fournis par l'organisme assureur (p. ex. mutuelle, prestataires de soins privilégiés ou indemnités pour accident du travail) ne sont pas admissibles au Programme d'aide financière.
  - a. Généralement, le Programme d'aide financière ne couvre pas les soins exclus par l'organisme assureur du patient ; toutefois, des exceptions peuvent être accordées au cas par cas, selon les implications programmatiques et médicales.
3. Les soins esthétiques ou tout autre soin non nécessaire d'un point de vue médical.

4. Les articles pour l'hygiène et le confort personnel du patient.
5. Les repas et la chambre du patient.
6. Les frais de médecin en rapport à la date des soins sont exclus de la présente politique d'aide financière de l'UMMS. Les patients souhaitant solliciter une aide financière pour régler les factures de leur médecin doivent contacter ce dernier directement.
  - a. Une liste des prestataires de soins, autres que l'hôpital UMMS lui-même, délivrant des soins médicalement nécessaires dans chaque hôpital UMMS, spécifiant ceux qui ne sont pas couverts par la présente politique (ainsi que certains de ces fournisseurs de soins qui sont couverts) peut être obtenue sur le site Web de chaque entité UMMS.

**L'admission à l'Aide financière peut être refusée aux patients dans les cas suivants :**

1. Ils sont assurés à travers une mutuelle, un réseau de prestataires de soins privilégiés ou tout autre programme d'assurance au titre desquels l'accès au Centre médical est refusé en raison des restrictions ou des plafonds de la police d'assurance.
2. Ils refusent d'être évalués en vue d'accéder à d'autres programmes d'aide avant de soumettre leur candidature au Programme d'apurement financier.
3. Ils refusent de divulguer des informations concernant une plainte en responsabilité civile en cours.
4. Les citoyens étrangers qui se rendent aux États-Unis et qui sollicitent des soins de santé facultatifs non urgents.

Les patients devenant non admissibles au programme devront payer tout solde redevable, et leur dossier pourra être confié à des services de recouvrement de créances si le solde n'est pas recouvré selon les délais convenus.

À moins qu'ils ne répondent aux critères d'admissibilité à l'aide financière présumée, les patients sont tenus de présenter une Demande d'aide financière complète (avec tous les renseignements et documents requis) et l'aide financière devra leur être accordée pour qu'ils puissent obtenir l'aide financière en question. Les patients déclarant être sans emploi et dépourvus d'une couverture d'assurance devront présenter une Demande d'aide financière avant de recevoir des soins médicaux non urgents, sauf s'ils remplissent les critères d'éligibilité à l'Aide financière présumée. Si le patient satisfait aux conditions de couverture de l'assurance COBRA, sa capacité financière à payer les primes d'assurance COBRA sera examinée par le Conseiller/Coordinateur financier, qui fera part de ses recommandations à la haute direction. Les individus seront invités à souscrire à une assurance maladie, s'ils en ont la capacité financière, afin de garantir leur accès aux services de soins de santé et dans l'intérêt de leur santé en général.

Ceux dont le revenu atteint jusqu'à 200 % du plafond d'admissibilité basé sur les revenus pour une réduction des frais de santé du Ministère la santé et de l'hygiène mentale de l'État du Maryland (« MD DHMH »), ont droit à des soins gratuits. Pour des revenus compris entre 200% et 300% du MD DHMH, des réductions sur une échelle progressive, comme indiqué dans l'annexe A, seront accordés.

### Aide financière présumée

Les patients peuvent également être pris en considération pour bénéficier de l'Aide financière présumée. Un patient peut parfois être éligible à l'aide financière sans qu'un formulaire d'aide financière n'existe dans son dossier. Les informations adéquates fournies par le patient ou d'autres sources sont suffisantes pour lui permettre de recevoir une aide financière. Dans le cas où il n'y aurait pas de preuves suffisantes à l'appui de l'éligibilité du patient à l'aide financière, l'UMMS se réserve le droit de faire appel à des agences ou à des informations extérieures pour estimer le montant de ses revenus, afin de déterminer son éligibilité à l'aide financière et les frais de santé réduits potentiels. Une fois cela déterminé, étant donnée la nature inhérente des circonstances présumées, la seule aide financière pouvant être accordée sera une annulation de 100 % des soldes restant dus. L'éligibilité à l'Aide financière présumée ne couvrira que la date spécifique des soins administrés au patient. L'éligibilité présumée peut être déterminée sur la base des conditions de vie du patient telles que :

- a. Couverture pharmaceutique d'assistance médicale active
- b. Couverture spécifique de Medicare pour revenus faibles (SLMB)
- c. Couverture de soins primaires pour adultes (PAC)
- d. Sans domicile fixe
- e. Patient bénéficiant d'une assistance médicale et de soins gérés par Medicaid pour les services en salle d'urgences dépassant la prise en charge de ces programmes
- f. Réduction des frais d'assistance médicale
- g. Éligibilité à d'autres programmes locaux ou d'État
- h. Patient décédé sans posséder de patrimoine immobilier connu
- i. Patient remplissant les critères établis par l'ancien programme d'assistance médicale exclusive de l'État
- j. Patient non ressortissant des États-Unis considéré non conforme
- k. Services d'assistance médicale non éligibles pour des patients éligibles à l'assistance médicale
- l. Patient non identifié (comptes non identifiés malgré tous les efforts déployés pour le localiser et/ou l'identifier)
- m. Faillite en vertu de la loi, comme définie par les tribunaux fédéraux
- n. Patient éligible au programme St. Clare Outreach
- o. Patient éligible au programme Maternité de l'UMSJMC
- p. Patient éligible au programme Hernie de l'UMSJMC

## **Les services ou critères spécifiques exclus de l'Aide financière présumée incluent :**

- a. Les patients non assurés ayant été traités par le service des urgences suite à une demande urgente ne seront pris en considération pour recevoir l'aide financière présumée qu'une fois que le programme psychiatrique de Medicaid du Maryland aura été facturé.

## **PROCÉDURES**

1. Le personnel désigné sera responsable de recevoir les Demandes d'aide financière. Il peut s'agir de conseillers financiers, de coordinateurs de créances financières patients, d'agents du service clients, etc.
2. Lorsque cela est possible, des efforts seront faits pour fournir un apurement financier avant la date des soins. Dans toute la mesure du possible, un agent désigné discutera par téléphone ou en personne avec les patients sollicitant l'Aide financière afin de déterminer s'ils remplissent les critères préliminaires.
  - a. Le personnel effectuera un examen d'éligibilité au regard du programme Medicaid pour les patients payant eux-mêmes afin de vérifier s'ils disposent déjà d'une prise en charge.
  - b. Des informations préliminaires seront saisies dans un système d'échange d'informations tiers afin de déterminer si le patient pourrait être éligible ou non. Afin de faciliter ce processus, chaque candidat doit fournir des informations concernant la taille et les revenus du foyer. Afin d'aider les candidats à achever ce processus, nous mettrons à leur disposition des informations sur les documents exigés pour la détermination définitive de leur éligibilité.
  - c. Les demandes présentées par les patients seront suivies et traitées, et leur éligibilité sera déterminée grâce à l'outil de flux de travail et de données de tiers. Une lettre concernant la décision définitive sera remise à chaque patient ayant fait une demande d'aide financière. L'Admissibilité probable au Programme sera déterminée et communiquée dans un délai de deux jours ouvrables à compter de la demande du patient à bénéficier de soins de santé caritatifs, de l'assistance médicale ou des deux.
  - d. Si un patient présente une Demande d'aide financière sans les informations ou la documentation nécessaires à la décision finale d'admissibilité, une demande écrite concernant les informations ou la documentation manquantes sera envoyée au patient. Cette demande écrite contiendra également les coordonnées (notamment le numéro de téléphone et l'emplacement physique) du bureau ou du service pouvant fournir des informations sur le Programme d'aide financière et une assistance pour le processus de candidature.
  - e. Le patient disposera de trente (30) jours à compter de la date à laquelle cette demande écrite aura été fournie pour soumettre les informations ou la documentation requises afin que son admissibilité soit prise en compte. Si aucune information n'est reçue au cours de ces 30 jours, une lettre sera envoyée au patient l'informant que son dossier est clos en l'absence des pièces requises. Le patient peut présenter une nouvelle demande d'adhésion au programme et initier un nouveau cas en soumettant les informations ou documents manquants 30 jours après la date de la demande écrite d'informations/de documents manquants.
  - f. Pour tout épisode de soins, la procédure de Demande d'aide financière sera ouverte jusqu'à au moins 240 jours après l'envoi au patient de sa première facture de soins suite à sa sortie.
  - g. Un avis individuel concernant la politique d'Aide financière de l'hôpital doit être fourni à chaque personne formulant une demande de services à l'hôpital au moment de la préadmission ou de l'admission.
3. Il y aura une seule procédure de demande pour l'UMMC, le MTC, l'UMROI, l'UMSJMC, l'UMBWMC, l'UMSMCC, l'UMSMCD, l'UMSMCE, l'UMCRM, l'UCHS, et l'UM Capital. Le patient doit fournir une Demande d'aide financière verbalement ou par écrit. En outre, les éléments suivants peuvent lui être exigés :

- a. Une copie de sa déclaration de revenus fédérale la plus récente (s'il est marié et que son conjoint déclare ses revenus séparément, joindre également une copie de la déclaration de revenus du conjoint) ; une preuve des revenus au titre de pensions d'invalidité (le cas échéant) ; une preuve des revenus au titre de la sécurité sociale (le cas échéant). S'il est sans emploi, une preuve raisonnable du chômage, comme une attestation du bureau de l'assurance-chômage, une attestation de la source actuelle de soutien financier, etc.
- b. Une copie de ses bulletins de salaire les plus récents (s'il est salarié) ou une autre preuve de ses revenus.
- c. Un avis de détermination de l'assistance médicale (le cas échéant).
- d. Un exemplaire de son prêt immobilier ou d'une quittance de loyer (le cas échéant), ou des documents écrits relatifs à ses conditions de vie/sa situation de logement actuelles.

Si un patient présente à la fois une copie de sa plus récente déclaration de revenus fédérale et une copie de ses plus récents talons de chèque de paie (ou autre preuve de revenu) et si un seul des deux documents indique son éligibilité à une aide financière, le document le plus récent dictera l'éligibilité. Il pourra les fournir verbalement, le cas échéant.

- 4. En plus de bénéficier d'une Aide financière en fonction de son revenu, un patient peut également bénéficier d'une Aide financière en raison d'une couverture d'assurance insuffisante ou de frais médicaux excessifs en fonction des critères de difficultés financières décrits ci-dessous. Une fois que le patient aura fourni toutes les informations requises, le Conseiller financier examinera et analysera sa candidature et la transmettra au Service financier, qui déterminera s'il est admissible conformément à la politique de l'UMMS.
  - a. Si la demande d'Aide financière du patient est complète et adéquate, le Coordinateur financier recommandera son niveau d'admissibilité et le transmettra pour approbation supplémentaire et définitive.
    - i) Si le patient est admissible à l'Aide financière, le Coordinateur financier en avertira le personnel médical, qui pourra alors programmer les soins adéquats hospitaliers pour ledit patient.
    - ii) Si le patient n'est pas éligible à l'Aide financière, le Coordinateur financier en avertira le personnel médical et les soins non urgents en hôpital ne seront pas programmés.
      - (1) Une décision selon laquelle les soins non urgents du patient en hôpital ne peuvent pas être programmés peut être réexaminée par le Comité exécutif d'apurement financier, à la demande d'un Chef de service de l'hôpital.
- 5. Une fois que la Demande d'aide financière d'un patient est approuvée, l'Aide financière sera effective pendant le mois de la décision et un an avant la décision. Toutefois, un hôpital UMMS peut décider de prolonger la période d'admissibilité à l'aide financière de manière rétroactive ou à venir, au cas par cas. Si des soins de santé supplémentaires lui sont prodigués au-delà de la période d'admissibilité, le patient devra soumettre une nouvelle demande pour apurement. En outre, toute modification des revenus, des actifs ou des dépenses du patient, ou toute modification de son état civil devra être communiquée au service du Programme d'aide financière. Toute mesure extraordinaire en recouvrement, telle que définie ci-dessous, prendra fin à compter de l'admission du patient à l'aide financière et du paiement de tous ses soldes.
- 6. Les soldes des comptes impayés peuvent prendre la forme de créances irrécouvrables (soins réputés non rémunérés) et soumis à une agence de recouvrement externe ou au mandataire de l'hôpital UMMS à des fins juridiques et/ou de recouvrement. Les activités de recouvrement entreprises pour le compte de l'hôpital par une agence de recouvrement ou par son avocat peuvent inclure les mesures de recouvrement extraordinaires suivantes :
  - a. Communication d'informations défavorables concernant l'individu à des agences d'évaluation du crédit à la consommation.

- b. Lancement d'un recours au civil à l'encontre de l'individu.
  - c. Placement d'un droit de rétention sur la propriété d'un particulier. Un droit de rétention sera mis en place par le tribunal sur les résidences principales situées dans la ville de Baltimore. L'hôpital n'exigera pas la saisie de la résidence principale de la famille mais pourrait maintenir sa position de créancier gagiste en cas de saisie du bien par un tiers.
  - d. Saisie sur compte bancaire ou sur tout autre bien meuble.
  - e. Saisie sur salaire.
7. Les mesures de recouvrement extraordinaires peuvent être appliquées aux comptes n'ayant fait l'objet d'aucun litige ou d'un accord de paiement. Les mesures de recouvrement extraordinaires seront entreprises au plus tôt 120 jours à compter de l'envoi de la première facture au patient après sa sortie de l'hôpital, et seront précédées d'un avis écrit 30 jours avant que ces mesures ne soient intentées. Cet avis écrit indiquera qu'une aide financière est disponible pour les personnes admissibles, identifiera les mesures de recouvrement extraordinaires intentées par l'hôpital (ou son agence de recouvrement, son avocat ou toute autre partie autorisée) pour obtenir le paiement des soins, et fixera un délai à l'expiration duquel ces mesures de recouvrement peuvent être initiées. Il comprendra également une fiche d'informations sur la facturation et l'aide financière destinées aux patients. En outre, l'hôpital déploiera des efforts raisonnables pour communiquer verbalement au patient l'aide financière disponible et lui indiquer comment il peut obtenir de l'aide pour le processus de demande. Un examen d'admissibilité présumée aura lieu avant la prise de toute mesure de recouvrement extraordinaire. Enfin, aucune mesure de recouvrement extraordinaire ne sera intentée avant l'approbation du cycle de revenus CBO.
  8. Si avant de recevoir une prestation, un patient ne répond pas aux critères d'accès à une aide financière pour le soin en question, toutes les mesures de recouvrement des co-paiements, des franchises ou d'un pourcentage du solde prévu à ces fins, seront prises avant la date des soins ou pourront être programmées pour perception à la date des soins.
  9. Une lettre énonçant la décision définitive sera remise à chaque patient ayant présenté une demande. Le patient sera informé par écrit de la décision prise quant à son admissibilité (y compris, le cas échéant, de l'aide à laquelle il a droit), accompagnée des motifs l'ayant motivée. Si le patient est admissible à une aide autre que les soins gratuits, il recevra également un relevé de facturation indiquant le montant auquel il est redevable pour les soins reçus, déduction faite de l'aide financière.
  10. Les décisions relatives aux remboursements sont fondées sur la comparaison entre le moment où il a été déterminé que le patient était incapable de payer et celui où ses paiements ont été effectués. Des remboursements seront reversés au patient pour les soldes créditeurs, dus à ses paiements, suite à l'approbation de l'aide financière sur le ou les solde(s) examiné(s). Les versements effectués pour les soins reçus pendant la période d'admissibilité à l'aide financière seront remboursés, si leur montant dépasse la responsabilité du patient de 5,00 dollars ou plus.
  11. S'il est déterminé qu'un patient est admissible à une aide financière, l'hôpital (et/ou son agence de recouvrement ou son avocat) prendra toutes les mesures raisonnablement disponibles pour annuler les mesures de recouvrement extraordinaires prises à son encontre afin d'obtenir le paiement des soins fournis pendant le délai d'admissibilité à l'aide financière. Ces mesures raisonnablement disponibles comportent des mesures visant à annuler tout jugement pris à l'encontre du patient, à annuler les prélèvements ou droit de rétention sur les propriétés du patient et à retirer du dossier d'évaluation du crédit du patient toute information défavorable qui a été rapportée à une agence de renseignements sur les consommateurs ou à une agence d'évaluation de crédits.
  12. Les patients ayant accès à une autre couverture médicale (assurance primaire et secondaire, prestataire de soins obligatoire, par exemple) doivent utiliser et épuiser les aides de ces réseaux avant de déposer une demande au Programme d'aide financière.
  13. Le Programme d'aide financière acceptera les candidatures complètes à l'Aide financière de Faculty Physicians, Inc. (FPI) pour déterminer l'éligibilité au programme d'aide financière de l'UMMS. Cela implique d'accepter les exigences requises pour les candidatures de FPI.



14. Le Programme d'aide financière acceptera les candidatures à l'aide financière de tout autre hôpital de l'UMMS pour en déterminer l'admissibilité au programme. Cela implique d'accepter le format de demande de chaque établissement.
15. Le Programme d'aide financière ne couvre pas les repas et le logement lorsque le patient fait partie du programme de jour.
16. Lorsqu'une aide humanitaire et/ou à l'éducation est impérieuse, le personnel médical peut demander au Comité exécutif d'apurement financier d'envisager des exceptions à la politique du Programme d'aide financière, au cas par cas, pour une approbation à l'Aide financière.
  - a. Un établissement demandant une Aide ou un Apurement financier exceptionnel doit justifier sa demande auprès du Comité exécutif d'apurement financier avant que le patient ne reçoive les soins.
  - b. Le Médecin chef avertira le médecin en charge du patient et le personnel de l'Aide financière de la décision du Comité exécutif d'apurement financier.

### **Difficultés financières**

Le montant des frais médicaux non pris en charge encourus dans ces établissements : l'UMMC, le MTC, l'UMROI, l'UMSJMC, l'UMBWMC, l'UMSMCC, l'UMSMCD, l'UMSMCE, l'UMCRM, l'UCHS, et l'UM Capital, sera pris en considération pour déterminer l'admissibilité du patient au Programme d'aide financière. Les instructions suivantes sont décrites en qualité de décision distincte et supplémentaire pour l'Aide financière connue sous le nom de « Difficultés financières ». Une aide pour Difficultés financières sera proposée à tous les patients sollicitant une Aide financière et dont l'admissibilité a été déterminée.

Une aide pour Difficultés financières médicales est disponible pour les patients non admissibles à l'Aide financière en vertu des principales lignes directrices de la présente politique, mais pour qui :

- 1) Leur dette de nature médicale pour des soins prodigués à l'UMMC, le MTC, l'UMROI, l'UMSJMC, l'UMBWMC, l'UMSMCC, l'UMSMCD, l'UMSMCE, l'UMCRM, l'UCHS, et l'UM Capital dépasse 25 % des revenus familiaux annuels, entraînant des Difficultés financières de nature médicale.

Pour les patients admissibles aux deux aides, les Frais de santé réduits en vertu des critères de l'Aide financière primaire et également en vertu des critères de Difficultés financières, l'UMMC, le MTC, l'UMROI, l'UMSJMC, l'UMBWMC, l'UMSMCC, l'UMSMCD, l'UMSMCE, l'UMCRM, l'UCHSM et l'UM Capital accorderont la réduction des charges, correspondant à un solde supérieur à 25 % du revenu annuel total du ménage.

Les Difficultés financières sont définies comme étant des frais de soins reçus par les membres d'un même foyer à l'UMMC, le MTC, l'UMROI, l'UMSJMC, l'UMBWMC, l'UMSMCC, l'UMSMCD, l'UMSMCE, l'UMCRM, l'UCHS, et l'UM Capital pour des traitements médicalement nécessaires sur une période de douze (12) mois et dépassant 25 % des revenus familiaux annuels.

La Dette de nature médicale est définie comme étant les frais hospitaliers auxquels le patient est redevable pour les soins de santé reçus à l'UMMC, le MTC, l'UMROI, l'UMSJMC, l'UMBWMC, l'UMSMCC, l'UMSMCD, l'UMSMCE, l'UMCRM, l'UCHS, et l'UM Capital au titre des traitements médicalement nécessaires.

Une fois qu'une Aide pour difficultés financières est approuvée pour le patient, la couverture entre en vigueur le mois de la première date de service admissible et un an avant la décision. Toutefois, un hôpital UMMS peut décider de prolonger la période d'admissibilité à l'aide pour Difficultés financières de manière rétroactive ou à venir, au cas par cas, en fonction de l'épisode de maladie/soins du patient. Cette aide prendra en charge le patient et les membres de sa famille admissibles composant le même foyer, au titre des frais réduits approuvés et de la période d'admissibilité pour les soins médicalement nécessaires.

Tous les autres critères d'admissibilité, de non-admissibilité ainsi que des procédures du Programme d'aide financière principal s'appliquent à l'aide pour Difficultés financières, sauf indication contraire précitée.

### **Appels**

- Les patients dont la demande d'aide financière a été refusée peuvent faire appel.
- Les appels peuvent être présentés à l'oral comme à l'écrit.
- Il est conseillé aux patients de soumettre des documents supplémentaires justifiant que la décision de refus devrait être renversée.
- Les appels sont documentés grâce à l'outil de flux de travail et de données de tiers. Ils sont alors étudiés par la direction supérieure aux agents ayant rejeté la première demande.
- Si le premier niveau d'appel ne résulte pas en une modification de la décision, les patients peuvent faire appel auprès du niveau de direction supérieur pour un nouvel examen.
- Le patient peut aller jusqu'au niveau du Directeur financier qui prendra la décision définitive.
- Une lettre mentionnant la décision définitive sera remise à chaque patient ayant fait formellement appel.

## ANNEXE A

### Échelle mobile – Frais de santé réduits

Niveau fédéral de pauvreté pour 2021 (Federal Poverty Level, FPL) et les directives du Département de la santé et de l'hygiène mentale du Maryland (DHMH) concernant les limites annuelles de revenu admissible			UMMS	UMMS	UMMS	UMMS	UMMS	UMMS	UMMS	UMMS	UMMS	UMMS
			Charité 100 %	Charité 90 %	Charité 80 %	Charité 70 %	Charité 60 %	Charité 50 %	Charité 40 %	Charité 30 %	Charité 20 %	Charité 10 %
			Équivaut à un maximum de 200 % des limites de revenu annuel du MD DHMH.	Équivaut à un maximum de 210 % des limites de revenu annuel du MD DHMH.	Équivaut à un maximum de 220 % des limites de revenu annuel du MD DHMH.	Équivaut à un maximum de 230 % des limites de revenu annuel du MD DHMH.	Équivaut à un maximum de 240 % des limites de revenu annuel du MD DHMH.	Équivaut à un maximum de 250 % des limites de revenu annuel du MD DHMH.	Équivaut à un maximum de 260 % des limites de revenu annuel du MD DHMH.	Équivaut à un maximum de 270 % des limites de revenu annuel du MD DHMH.	Équivaut à un maximum de 280 % des limites de revenu annuel du MD DHMH.	Équivaut à un maximum de 290 % des limites de revenu annuel du MD DHMH.
Taille du foyer	Limites de revenu annuel éligibles 2021 FPL	Limites de revenu annuel éligibles 2021 du MD DHMH	Si le niveau de revenu annuel total de votre foyer est égal ou inférieur :	Si le niveau de revenu annuel total de votre foyer est égal ou inférieur :	Si le niveau de revenu annuel total de votre foyer est égal ou inférieur :	Si le niveau de revenu annuel total de votre foyer est égal ou inférieur :	Si le niveau de revenu annuel total de votre foyer est égal ou inférieur :	Si le niveau de revenu annuel total de votre foyer est égal ou inférieur :	Si le niveau de revenu annuel total de votre foyer est égal ou inférieur :	Si le niveau de revenu annuel total de votre foyer est égal ou inférieur :	Si le niveau de revenu annuel total de votre foyer est égal ou inférieur :	Si le niveau de revenu annuel total de votre foyer est égal ou inférieur :
Taille	Jusqu'à	Jusqu'à	Jusqu'à un maximum de	Jusqu'à un maximum de	Jusqu'à un maximum de	Jusqu'à un maximum de	Jusqu'à un maximum de	Jusqu'à un maximum de	Jusqu'à un maximum de	Jusqu'à un maximum de	Jusqu'à un maximum de	Jusqu'à un maximum de
1	12,760	\$17,785	\$35,570	\$37,349	\$39,127	\$40,906	\$42,684	\$44,463	\$46,241	\$48,020	\$49,798	\$53,354
2	17,240	\$24,045	\$48,090	\$50,495	\$52,899	\$55,304	\$57,708	\$60,113	\$62,517	\$64,922	\$67,326	\$72,134
3	21,720	\$30,305	\$60,610	\$63,641	\$66,671	\$69,702	\$72,732	\$75,763	\$78,793	\$81,824	\$84,854	\$90,914
4	26,200	\$36,581	\$73,162	\$76,820	\$80,478	\$84,136	\$87,794	\$91,453	\$95,111	\$98,769	\$102,427	\$109,742
5	31,800	\$42,841	\$85,682	\$89,966	\$94,250	\$98,534	\$102,818	\$107,103	\$111,387	\$115,671	\$119,955	\$128,522
6	37,400	\$49,100	\$98,200	\$103,110	\$108,020	\$112,930	\$117,840	\$122,750	\$127,660	\$132,570	\$137,480	\$147,299

\*Tous les rabais mentionnés ci-dessus doivent être appliqués au montant auquel le patient est personnellement redevable après les remboursements de l'assurance.

\*Les montants facturés aux patients admissibles à une réduction progressive du coût des soins (ou à une Aide pour difficultés financières) seront inférieurs aux montants généralement facturés aux personnes couvertes par une assurance (AGB), qui, dans le Maryland, sont facturés par la Health Services Cost Review Commission (HSCRC). L'UMMS détermine l'AGB en fonction du montant de la prise en charge médicale autorisé par Medicare, y compris le montant auquel le bénéficiaire serait personnellement redevable, correspondant au montant CRSH ; communément appelé « méthode Medicare prospective ».

**Date de la prise d'effet le 01/07/2021**