

			FIN 006
			MHS
Titre : Assistance financière (PAF)			
Date de formulation : 1/1/1988	Dernière révision Date : 19/1/2025	Date de la dernière révision : 22/01/2025	Date d'entrée en vigueur : 22/01/2025
Service produisant la politique : Finances			Page 1 sur 12

CHAMP D'APPLICATION :

La présente Politique d'Assistance Financière s'applique au Methodist Health System (MHS), au Methodist Dallas Medical Center (MDMC), au Methodist Charlton Medical Center (MCMC), au Methodist Celina Medical Center (MCEL), au Methodist Mansfield Medical Center (MMMC), au Methodist Midlothian Medical Center (MLMC), au Methodist Richardson Medical Center (MRMC) et au Methodist Southlake Medical Center (MSMC).

Le comité financier du conseil d'administration du MHS, agissant sous l'autorité du conseil, a approuvé la présente politique et a autorisé le président-directeur général (PDG) et le directeur financier du MHS à agir au nom du comité en ce qui concerne l'administration de la présente politique.

DÉFINITIONS :

Les Montants Généralement Facturés (MGF) sont définis comme les montants généralement facturés pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires aux personnes qui ont une assurance couvrant ces soins.

Les mesures de recouvrement extraordinaires sont définies par l'article 501(r) de l'Internal Revenue Code comme certaines mesures prises par le MHS contre une personne pour obtenir le paiement d'une facture pour des soins couverts par la Politique d'Assistance Financière du MHS. Le MHS enverra des relevés, des lettres et fera des appels de recouvrement pour poursuivre le recouvrement de tout solde impayé, mais n'engage pas de MRE.

La demande d'assistance financière (PAF) se compose des renseignements et des documents connexes que le MHS exige qu'une personne soumette pour déposer une demande d'assistance financière au titre de la Politique d'Assistance Financière du MHS.

Admissible à la PAF désigne une personne admissible à une assistance financière au titre de la Politique d'Assistance Financière du MHS.

Les montants bruts (également connus sous le nom de prix principal) sont le prix établi pour les soins médicaux que le MHS facture systématiquement à tous les patients avant d'appliquer une allocation contractuelle, une remise ou une déduction.

POLITIQUE :

Dans le cadre de sa mission et de son engagement envers la communauté, le Methodist Health System (MHS) offre une assistance financière aux patients admissibles à l'assistance au titre de cette politique.

1. CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ

Les patients peuvent présenter une demande d'assistance financière à partir de la date à laquelle ils doivent recevoir des services jusqu'au 240^e jour suivant la remise du premier relevé de facturation après congé. Les procédures jugées non urgentes ou médicalement nécessaires, y compris, de façon non limitative, celles énumérées à l'annexe B, ne sont pas couvertes par cette politique.

La situation de chaque patient sera évaluée en fonction de circonstances pertinentes, telles que le niveau de revenus, la taille de la famille, les ressources disponibles pour le patient ou sa famille, pour déterminer la capacité de payer le solde du compte du patient. Compte tenu de ces renseignements, les lignes directrices sur l'admissibilité à l'assistance financière ci-jointes (pièce jointe C) sont utilisées pour déterminer le montant de l'assistance financière, le cas échéant, qui serait appliqué au solde du compte du patient après paiement par toutes les tierces parties. Dans certains cas extraordinaires où ces facteurs peuvent ne pas refléter fidèlement la capacité de payer du patient, le MHS peut, uniquement dans le but de déterminer si une personne qui n'est pas admissible à l'assistance conformément aux lignes directrices énoncées à la pièce jointe C peut être admissible à l'assistance d'une autre façon, tenir compte de la situation et du potentiel des revenus du patient et de sa famille, ainsi que de la fréquence de leurs factures hospitalières et médicales.

Sauf indication contraire dans la liste des prestataires de services de santé mentale (pièce jointe D), l'assistance financière offerte au titre de la présente politique ne s'applique pas aux services fournis par des médecins ou d'autres professionnels.

2. ENGAGEMENT À FOURNIR DES SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Quelle que soit la capacité d'une personne à se qualifier dans le cadre de la présente PAF, chaque établissement hospitalier du MHS fournira, sans discrimination, des soins pour tout état médical d'urgence. En 1986, le gouvernement fédéral américain a adopté l'article 1867 du Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd), également connu sous le nom d'Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA). Cette loi exige que tout hôpital qui accepte des paiements de l'assurance-maladie fournisse des soins à tout patient qui se présente à son service d'urgence pour y être soigné. De plus amples renseignements sur les services couverts ou non couverts sont présentés à la pièce jointe B.

Nul ne peut être exclu de l'assistance financière en raison de sa race, de sa croyance, de sa couleur, de sa religion, de son sexe, de son origine nationale, de son handicap, de son âge, de son orientation sexuelle, de son expression de genre ou de son état matrimonial. Le MHS ne prendra pas de mesures qui découragent les personnes de demander des soins médicaux d'urgence, par exemple en exigeant que les patients du service d'urgence paient avant de recevoir un traitement pour des problèmes médicaux d'urgence ou en permettant des activités de recouvrement de créances qui interfèrent avec la prestation, sans discrimination des soins médicaux d'urgence.

3. MÉTHODE DE DEMANDE OU D'OBTENTION D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

3.1 Processus de demande

Les particuliers peuvent demander une assistance financière en remplissant et en soumettant une demande d'assistance financière. Les demandes sont disponibles dans tous les principaux sites d'inscription des patients et les salles d'urgence, ou sur le site Web de l'hôpital, <https://www.methodisthealthsystem.org/patients-visitors/patient-tools-support/financial-assistance/?>. Des exemplaires imprimés gratuits peuvent également être obtenus au 4040 N Central Expressway, Suite 300, Dallas, TX 75204 ou en composant le 214-947-6300 ou le 866-364-9344 (numéro sans frais) et en demandant qu'ils soient envoyés par la poste.

Les patients approuvés dans le cadre d'une autre demande d'assistance peuvent être admissibles à une

assistance financière au titre de la présente politique à condition que les mêmes éléments de la demande d'aide de MHS soient satisfaits ou que des documents expliquant pourquoi ils ne l'ont pas été soient inclus.

3.2 Admissibilité présumée à l'assistance financière

Le MHS peut conclure, sans une évaluation complète de l'admissibilité, qu'une admissibilité favorable par bienfaisance peut être appropriée. En cas d'absence de demande ou de documents incomplets à l'appui de l'admissibilité d'un patient aux soins de bienfaisance, le MHS peut faire appel à des organismes externes pour déterminer les montants estimatifs des revenus afin de déterminer l'admissibilité aux soins de bienfaisance conformément aux exigences légales applicables. Une fois cela déterminé, en raison de la nature inhérente des circonstances présumées, la seule remise qui peut être accordée est une radiation de 100 % du solde du compte.

4. BASE DE CALCUL DES MONTANTS FACTURÉS

Le niveau d'assistance financière est déterminé en fonction de la classification d'un patient comme financièrement indigent ou médicalement indigent, tel que défini ci-dessous. Une fois qu'il est déterminé qu'un patient est admissible à l'assistance financière, le MHS limitera le montant facturé pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires fournis à la valeur maximale des montants généralement facturés (MGF) aux personnes ayant une assurance couvrant ces soins. Pour déterminer le MGF, le MHS a adopté la « méthode rétrospective » telle que définie à l'article 501(r) de l'*Internal Revenue Service Code*, en vertu de quoi le MGF est basé sur les sinistres au cours de l'exercice financier précédent et comprend les frais d'assurance-maladie de Medicare ainsi que tous les autres assureurs privés.

Le MHS applique un taux de MGF à l'échelle du système pour tous les hôpitaux qui adoptent la PAF. Le MGF est calculé annuellement et le directeur financier du MHS déterminera le taux de MGF à l'échelle du système, qui ne peut pas dépasser le taux de MGF le plus bas de chaque hôpital. Les pourcentages de MGF sont appliqués au plus tard le 120^e jour suivant la fin de la période de 12 mois de l'année civile utilisée par l'établissement hospitalier pour calculer les pourcentages de MGF. Le taux de MGF actuel appliqué par tous les établissements hospitaliers énumérés ci-dessous est de 21,8 %.

Dans le cas où le solde impayé du patient augmenté des paiements antérieurs pour la demande en question est supérieur au montant généralement facturé (MGF), le MHS devra, selon le cas, radier tout solde dû et/ou rembourser tout montant payé en sus lorsque la demande d'assistance financière est approuvée. Le MHS prendra des mesures raisonnables pour s'assurer que les paiements anticipés ou les dépôts versés dans le cadre de la réception des soins médicalement nécessaires ne dépassent pas le MGF, afin de se conformer aux exigences d'exonération des articles 1.501(r)-5(d) des réglementations fédérales américaines relatives à l'impôt sur le revenu.

MGF actuel par établissement hospitalier :¹

MDMC : 26,5 %

MCMC : 21,8 %

¹ Les pourcentages indiqués ici sont les pourcentages à la date d'adoption de la version de la présente politique par le comité des finances du conseil d'administration du MHS le 22 juillet 2019. Le comité des finances a délégué au directeur financier du MHS le pouvoir d'apporter des changements annuels à ces pourcentages, si besoin est, afin de se conformer à la réglementation fédérale régissant l'assistance financière [fournie par une entité de soins de santé exonérée d'impôt].

MMMC : 25,2 %

MRMC : 27,0 %

MLMC : 25,7 %

MSMC : 34,6 %

MCEL : 25,6 %

4.1 Financièrement indigent

Le terme « Financièrement indigent » désigne un patient qui répond aux deux critères suivants : (i) qui n'est pas assuré ou qui est sous-assuré ; et (ii) dont le revenu annuel est égal ou inférieur aux montants indiqués à la pièce jointe C pour être financièrement indigent. Ces patients sont admissibles à une remise de 100 % sur les montants dus.

4.2 Médicalement indigent

Le terme « Médicalement indigent » désigne un patient dont les factures médicales ou hospitalières du MHS, après paiement par toutes les tierces parties, sont égales ou supérieures à 5 % des revenus annuels du ménage du patient et dont les revenus annuels sont supérieurs à 200 %, mais inférieurs ou égaux à 500 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté (pièce jointe C). Ces patients seront redevables du moindre des montants suivants : le solde du compte du patient ou 10 % des montants bruts des patients sans dépasser le montant calculé du MGF tel que décrit à la rubrique 4.

5 DÉTERMINATION DE L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

5.1 Évaluation de l'assistance financière

La détermination de l'assistance financière se fera conformément aux procédures qui peuvent comprendre :

5.1.i Un processus de demande, qui exige que le patient ou la personne désignée fournisse des renseignements et des documents pour déterminer les besoins financiers; et/ou

5.1.ii L'utilisation de rapports de crédit ou d'autres renseignements accessibles au public qui fournissent des documents pour déterminer les besoins financiers lorsqu'un patient ne fournit pas de demande d'assistance financière ou de documents à l'appui.

5.2 Définition des revenus et de la taille du ménage

5.2.i. Les revenus du ménage pour les adultes seront définis comme les revenus annuels du ménage, à savoir la somme des revenus annuels bruts totaux ou des revenus annuels estimés du patient et de son conjoint, le cas échéant. Si le patient est mineur, les revenus du ménage du ou des tuteurs légaux seront utilisés.

5.2.ii. La taille du ménage comprend le patient, son conjoint et les personnes à charge. Si le patient est mineur, le calcul de la taille du ménage comprend le patient, la mère du patient, le père du patient, les personnes à charge de la mère du patient et les personnes à charge du père du patient.

5.3 Vérification des revenus

5.3.i. Le MHS acceptera les documents de tiers suivants comme vérification des revenus pour déterminer si un patient est admissible à l'assistance financière : déclaration de revenus de particuliers; relevé des salaires et des impôts; formulaire W-2 de l'IRS; dépôt des chèques de paie; relevés bancaires; dépôts des paiements de sécurité sociale; lettres de détermination de l'indemnité de chômage; avis de paiement de l'assurance-chômage; dépôts des indemnités

d'accident du travail; réponse à une demande de crédit; ou autres renseignements accessibles au public.

5.3.ii. Lorsque les documents de tiers décrits ci-dessus ne sont pas disponibles, le MHS déterminera les revenus du ménage de l'une des façons suivantes :

I. Obtention d'une attestation écrite du patient ou de la partie responsable relative à une demande d'assistance financière dûment remplie et signée par le patient ou la partie responsable attestant la validité des renseignements fournis relatifs aux revenus du patient ;

II. Dans le cas ci-dessus où le patient ou la partie responsable n'est pas en mesure de fournir la vérification écrite demandée des revenus du patient ou de la partie responsable, le patient ou la partie responsable est tenu de fournir une explication verbale des revenus du ménage du patient ou de la partie responsable. Des efforts raisonnables seront déployés pour vérifier l'attestation verbale de la partie responsable ou du patient.

5.4 Exclusion de l'assistance financière

L'assistance financière sera refusée si le patient ou son garant fournit de faux renseignements, y compris des renseignements sur les revenus, la taille du ménage, les actifs ou d'autres ressources qui pourraient fournir un moyen financier de payer les services.

Un patient doit épuiser toutes les autres options de paiement, y compris la couverture privée, les programmes d'assistance médicale fédéraux, étatiques et locaux. En outre, un patient doit coopérer pleinement et se conformer aux critères d'admissibilité pour tous les services de financement identifiés, y compris la couverture COBRA et les demandes Medicaid étatiques où un patient pourrait être admissible à une autre assistance financière. Si un patient ne fait pas la demande ou ne coopère pas, l'assistance financière peut être refusée ou, si l'approbation est au dossier, l'assistance financière peut être révoquée et le patient sera alors responsable de tout solde restant.

Si un patient reçoit d'une tierce partie un règlement financier associé aux soins fournis au MHS, l'assistance financière peut être refusée. Le MHS s'attend à ce que le patient utilise le montant du règlement pour acquitter tout solde du compte du patient.

Le manquement d'un patient à fournir les renseignements nécessaires pour effectuer une évaluation financière peut entraîner un refus d'assistance financière. Le MHS s'efforcera d'obtenir les renseignements incomplets, ce qui peut inclure des demandes écrites et verbales pour les renseignements nécessaires, mais le patient est responsable de répondre aux demandes de renseignements.

5.5 Expiration de l'assistance financière

L'approbation de l'assistance financière demeure active pendant 180 jours après la date d'approbation de la demande.

6 MESURES DE PUBLICITÉ DE LA POLITIQUE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

Les mesures utilisées pour faire largement connaître cette politique auprès de la communauté et des patients comprennent, de façon non limitative, les suivantes :

6.1 Avis à la collectivité

La Politique d'Assistance Financière (PAF), la demande d'assistance et le récapitulatif en langage clair sont affichés sur le site Web du MHS à l'adresse suivante :

<https://www.methodisthealthsystem.org/patients-visitors/patient-tools-support/financial-assistance/>?

La PAF doit être largement accessible au public par le biais de la publication d'un récapitulatif en langage clair dans les plus grands médias imprimés locaux de la zone de desserte du MHS.

À tous les principaux points d'inscription des patients, aux salles d'urgence et à tout autre endroit que l'hôpital juge susceptible d'aviser du programme et des politiques de soins de bienfaisance, l'hôpital doit afficher un avis multilingue qui comprendra des instructions sur la façon d'obtenir une version imprimée gratuite du récapitulatif en langage clair, de la PAF et d'une demande d'assistance financière.

Chaque hôpital du MHS doit déclarer annuellement au Ministère de la Santé du Texas et à l'*Internal Revenue Service* le montant de l'assistance financière et des soins de santé pour les indigents parrainés par le gouvernement fournis aux patients, tels que définis par la loi applicable.

6.2 Avis personnel

Des exemplaires imprimés de la Politique d'Assistance Financière, de la demande d'aide et du récapitulatif en langage clair sont mis à la disposition de tous les patients sur demande et sans frais dans les zones d'inscription des établissements de MHS. Des exemplaires imprimés peuvent également être obtenus au 4040 N Central Expressway, Suite 300, Dallas, TX 75204 ou en composant le 214-947-6300 ou le 866-364-9344 (numéro sans frais) et en demandant qu'ils soient envoyés par la poste.

Les relevés de facturation comprennent un avis qui informe et avise les patients de la disponibilité de l'assistance financière et comprennent un numéro de téléphone pour les demandes de renseignements sur l'assistance financière.

Les conseillers financiers du MHS ou le personnel du Bureau Central de Facturation peuvent discuter de la Politique d'Assistance Financière, de la demande d'assistance et du récapitulatif en langage clair en personne ou lors des contacts téléphoniques du service clientèle avec les patients

Des traductions de cette politique sont disponibles dans les langues énumérées à l'annexe A et peuvent être obtenues sur le site Web indiqué ci-dessus ou dans les bureaux énumérés ci-dessus.

7 LIEN AVEC LES POLITIQUES DE RECOUVREMENT

Pendant le processus de vérification de l'assistance financière, le patient demeurera un patient non assuré et sera assujéti à la politique de facturation et de recouvrement des patients du MHS. Une copie de la politique de facturation et de recouvrement des patients du MHS peut être obtenue gratuitement en contactant le Bureau Central de Facturation au 4040 N Central Expressway, Suite 300, Dallas, TX 75204 ou en composant le 214-947-6300 ou le 866-364-9344 (numéro sans frais) et en demandant qu'une copie soit envoyée par la poste.

Une fois qu'un patient est admissible à l'assistance financière, le MHS ne poursuivra pas le recouvrement des comptes admissibles à l'assistance. Tout solde restant après l'application de la remise associée à l'assistance financière sera facturé et perçu conformément à la politique de facturation et de recouvrement du MHS.

Le directeur des comptes des patients de MHS sera responsable de déterminer si des efforts raisonnables ont été déployés pour déterminer si un patient est admissible au PAF. De plus, le

directeur des comptes de patients du MHS sera chargé de recommander une classification de l'assistance financière. Le vice-président principal du cycle des revenus du MHS est autorisé par le vice-président exécutif/directeur financier à approuver la classification.

APPROUVÉ PAR : Approbation électronique indiquée _____ DF

APPROUVÉ PAR : approbation électronique tel qu'indiqué _____ PDG

Methodist Hospitals of Dallas exerçant ses activités en tant que Methodist Health System (MHS) adopte la politique et la procédure suivantes pour, en tant que Methodist Charlton Medical Center (MCMC), en tant que Methodist Dallas Medical Center (MDMC), en tant que Methodist Mansfield Medical Center (MMMMC), en tant que Methodist Midlothian Medical Center (MLMC), en tant que Methodist Richardson Medical Center (MRMC), et en tant que Methodist Southlake Medical Center (MSMC).

Le bureau responsable de la présente politique est le Service des finances d'entreprise. Les questions concernant le présent protocole ou les suggestions d'amélioration doivent être adressées au vice-président exécutif/directeur financier du MHS au 214-947-4510.

POLITIQUE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE
PIÈCE JOINTE A

Les traductions de cette politique sont disponibles dans les langues suivantes.

1. Anglais
2. Espagnol
3. Vietnamien
4. Mandarin
5. Chinois
6. Coréen
7. Arabe
8. Urdu
9. Tagalog
10. Français
11. Hindi
12. Persan
13. Allemand
14. Gujarati
15. Russe
16. Japonais
17. Laotien

POLITIQUE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE
PIÈCE JOINTE B

SERVICES NON COUVERTS PAR CETTE POLITIQUE

Les services suivants ne sont généralement pas considérés comme des soins d'urgence ou médicalement nécessaires au titre de la présente politique.

1. Chirurgie uniquement cosmétique
2. Chirurgie bariatrique
3. Procédures de perte de poids bariatriques
4. Score calcique par CT

Tous les soins urgents ou médicalement nécessaires seraient couverts par cette police.

Conformément à la Politique sur le traitement médical d'urgence et l'évaluation du travail (PC 033) du MHS, « Toute personne (y compris les enfants mineurs et/ou les nourrissons) qui se présente à un établissement du MHS pour demander de l'aide pour un éventuel état médical d'urgence (EMU) subira un examen médical de dépistage (EMD) par un prestataire de soins médicaux qualifié pour déterminer s'il existe une EMU. Les personnes pour lesquelles il est déterminé qu'elles connaissent un EMU ou qu'elles sont en travail seront traitées et leur état stabilisé **** sans égard à leur capacité à payer pour les services ». Elle stipule en outre que l'hôpital ne doit pas retarder la fourniture d'un EMD et/ou d'un traitement stabilisateur nécessaire afin de s'enquérir du mode de paiement ou du statut d'assurance d'une personne. Le personnel d'admission et d'inscription est tenu de respecter les directives suivantes.

1. Ne pas interférer avec la rapidité du dépistage médical.
2. Ne pas appeler un organisme de soins gérés pour obtenir la permission de faire un examen médical.
3. Ne pas dire ou insinuer quoi que ce soit au patient qui pourrait le décourager de passer un examen médical.
4. Éviter les actions qui découragent la recherche de soins d'urgence.
5. Ne pas participer à des activités de recouvrement de créances aux urgences.

POLITIQUE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE
PIÈCE JOINTE C

D'après les Lignes directrices fédérales sur la pauvreté publiées le 17/01/2025

<https://www.federalregister.gov/documents/2025/01/17/2025-01377/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines>

Annexe A	
Classification des personnes financièrement indigentes	
Les revenus annuels du patient doivent être égaux ou inférieurs aux montants suivants :	
Nombre de personnes dans le foyer	200 %
1 \$	31 300
2 \$	42 300
3 \$	53 300
4 \$	64 300
5 \$	75 300
6 \$	86 300
7 \$	97 300
8 \$	108 300
Responsabilité du patient	0 % du solde dû
Pour les familles ou les foyers de plus de 8 personnes, ajouter 11 000 \$ pour chaque personne supplémentaire	
Annexe B	
Classification des personnes médicalement indigentes	
Les revenus annuels du patient doivent être égaux ou inférieurs aux montants suivants :	
Nombre de personnes dans le foyer	500 %
1 \$	78 250
2 \$	105 750
3 \$	133 250
4 \$	160 750
5 \$	188 250
6 \$	215 750
7 \$	243 250
8 \$	270 750
Responsabilité du patient	Moindre des montants suivants : solde du compte du patient ou 10 % des montant bruts

Pour les familles ou les foyers de plus de 8 personnes, ajouter 27 500 \$ pour chaque personne supplémentaire

Les paiements des patients ne dépasseront pas les montants généralement facturés (MGF). La Politique d'Assistance Financière du MHS ne s'applique pas aux factures des médecins, des laboratoires externes et d'autres fournisseurs

POLITIQUE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE
PIÈCE JOINTE D

Prestataires couverts par la Politique d'Assistance Financière du MHS qui fournissent des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires dans un établissement du MHS :

Methodist Dallas Cardiovascular Clinic

Methodist Dallas Golden Cross Clinic

Methodist Charlton Family Practice Clinic

Methodist Richardson Cardiovascular Clinic

Prestataires non couverts par la Politique d'Assistance Financière du MHS :

À l'exception de ce qui précède, aucun autre médecin ou groupe de médecins, ou autre prestataire professionnel (comme les adjoints au médecin ou les infirmières praticiennes) n'est couvert par la présente Politique d'Assistance Financière.