

MAIMONIDES MEDICAL CENTER

CODE : FIN-028 (Révisée)

DATE : 4 mai 2018

PUBLIÉE INITIALEMENT : le 21 mars 2005

OBJET : POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

I. POLITIQUE

Maimonides Medical Center (« Maimonides » ou l'« hôpital ») s'efforce de fournir des services de soins médicaux de grande qualité à chaque patient qui arrive dans un de nos établissements, indépendamment de sa capacité à payer. La présente politique d'aide financière (« PAF » ou « politique ») met en œuvre le programme d'aide financière de Maimonides, par le biais duquel les patients qui ne disposent d'aucune couverture d'assurance, qui ont épuisé leurs prestations d'assurance maladie, et sont réputés éligibles à une aide financière conformément à la présente politique peuvent accéder gratuitement ou à des prix réduits à des soins d'urgence et à d'autres soins nécessaires sur le plan médical.

II. ACCÈS AUX INFORMATIONS

Maimonides diffuse largement sa PAF conformément à la présente politique.

Maimonides met à disposition la présente PAF, le formulaire de demande de la PAF et un résumé de la PAF (« résumé simplifié ») sur une page dédiée à l'aide financière sur le site Internet de Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>). Des exemplaires papier de ces documents sont disponibles à la demande et sans frais, par courrier et dans des emplacements publics dans l'hôpital, y compris la salle des urgences, les zones d'accueil et les endroits où des services sont fournis aux patients.

Maimonides notifie et informe les patients de l'hôpital concernant la PAF en : proposant un exemplaire papier du résumé simplifié dans le cadre des admissions et des enregistrements des patients ; y compris une notification écrite sur les relevés de facturation qui informe les destinataires de la disponibilité de l'aide financière en vertu de la PAF et inclut le numéro de téléphone du département des services des finances de l'hôpital et l'adresse directe du site internet où il est possible d'obtenir la PAF, le formulaire de demande de la PAF et le résumé simplifié ; et des affichages publics bien visibles qui informent les patients sur la PAF dans des emplacements publics dans l'hôpital, y compris dans la salle des urgences et les zones d'accueil des patients. Les patients seront informés de la PAF de Maimonides par une signalétique multilingue.

En outre, la PAF, le formulaire de demande de la PAF et le résumé simplifié seront traduits dans les langues maternelles parlées par les populations ayant une maîtrise limitée de l'anglais (« MLA ») desservies par l'hôpital chaque année, y compris la langue parlée par chaque groupe linguistique MLA qui constitue le plus petit nombre de 1 000 personnes ou 5 pour cent de la communauté desservie par l'hôpital ou la population susceptible d'être affectée ou rencontrée par l'hôpital. Maimonides notifiera et informera également les membres de la communauté desservis par l'hôpital qu'il propose une aide financière dans le cadre d'une PAF, et où obtenir davantage d'informations et de documents relatifs au PAF, de telle sorte que les membres de la communauté puissent les comprendre (y compris des traductions dans les langues concernées).

Les patients ayant des demandes d'informations spécifiques concernant l'aide financière recevront le résumé simplifié, seront informés des informations s'y rapportant sur le site Internet de Maimonides Medical Center, et seront orientés vers un conseiller financier. Lorsqu'une personne indique qu'il/elle préfère accéder à des documents ou informations sur la PAF de manière électronique, Maimonides peut fournir ces documents ou informations par ce biais (y compris sur un écran électronique, par courrier ou en fournissant l'adresse directe ou l'URL du site Internet, de la page Internet où le document ou les informations sont postés).

III. AIDE FINANCIÈRE

A. Éligibilité

Les personnes qui remplissent les critères suivants sont éligibles à des soins gratuits ou à prix réduit en vertu de la présente politique :

Pour les services non urgents de soins nécessaires sur le plan médical, les résidents à faibles revenus des cinq arrondissements de la ville de New York (Comtés de Kings, New York, Queens, Richmond et Bronx) qui ne sont pas assurés ou qui ont épuisé leurs prestations d'assurance maladie sont éligibles à l'aide financière.

Pour les services d'urgence, les résidents à faibles revenus de l'état de New York qui ne sont pas assurés ou qui ont épuisé leurs prestations d'assurance maladie ne sont pas éligibles.

Les frais maximums qui peuvent être facturés à un patient qui reçoit des soins d'urgence ou tout autre soin nécessaire sur le plan médical à l'hôpital, et qui est éligible à l'aide financière dans le cadre de la présente PAF, sont connus sous le nom de montant généralement facturé (« MGF »). Maimonides fixe le MGF au montant total que Medicaid autoriserait (pour des soins aux patients hospitalisés) et le montant total que Medicare autoriserait (pour les services de chirurgie ambulatoire réservés à des

patients sans hébergement de nuit, cliniques, d'urgence, ambulatoires et auxiliaires vers lesquels les patients sont orientés). Conformément aux barèmes des tarifs réduits décrits dans les pièces jointes A et B, les réductions proposées aux patients éligibles à la PAF en vertu de cette dernière sont inférieures ou équivalentes au MGF. Suite à la détermination de l'éligibilité à la PAF, une personne éligible à cette dernière ne peut pas être facturée plus que le MGF pour des soins nécessaires sur le plan médical ou des soins d'urgence.

Les critères financiers d'éligibilité et les réductions en vertu de la PAF sont décrits plus en avant et dans les pièces jointes A et B. **Les patients ayant des revenus inférieurs de 300 % par rapport au seuil fédéral de pauvreté sont présumés éligibles à l'aide en vertu de la PAF, à partir des informations décrites au paragraphe III.D, plus avant.** Une condition supplémentaire d'éligibilité étant que les patients (et pour les patients qui sont mineurs, leur(s) parent(s) et/ou représentant(s) légal(aux)) fournissent la documentation nécessaire pour la demande d'aide financière, et, le cas échéant, coopèrent pleinement avec le personnel en les aidant au cours de la procédure.

Dans la mesure où les patients sont éligibles à un régime d'assurance parrainé publiquement (ex : Medicaid, Child Health Plus (« CHP »), Prenatal Care Assistance Program), ils doivent utiliser ce programme pour couvrir leur traitement plutôt que le programme d'aide financière de Maimonides. Les patients recherchant une aide financière (et pour les patients qui sont mineurs, leur(s) parent(s) et/ou leur(s) représentant(s) légal(aux)) doivent fournir toutes les informations et la documentation demandées pour déterminer l'éligibilité à un régime d'assurance parrainé publiquement relatif à l'hôpital. Une fois qu'un patient a fait une demande de couverture dans le cadre d'un régime d'assurance parrainé publiquement, il ou elle doit être éligible à une aide financière de la part de Maimonides jusqu'à la date à laquelle le patient est réputé être couvert par l'autre régime, tant qu'il ou elle est d'une quelconque manière éligible à l'aide financière.

L'aide financière peut être mise à disposition, telle qu'elle est déterminée au cas par cas, pour les patients qui ne remplissent pas les critères d'éligibilité financière mais qui font face à des coûts médicaux extrêmement élevés. Les demandes d'aide financière dans ces circonstances seront adressées au département des services des finances à l'adresse suivante : 983 48th Street, Brooklyn, NY 11219, (718) 283-7790.

Les patients ayant une assurance HMO/commerciale qui n'est pas acceptée au Maimonides Medical Center ne sont pas éligibles à l'aide financière, à moins que le patient n'ait épuisé ses prestations d'assurance.

Les patients seront inéligibles à l'aide financière si le département des services des finances détermine que des informations erronées ont été fournies par le patient (ou pour les patients qui sont mineurs, leur(s) parent(s) et/ou représentant(s) légal(aux)) au cours de la procédure de demande.

B. Services couverts

Le programme d'aide financière de Maimonides couvre les services d'urgence et d'autres services nécessaires sur le plan médical au Maimonides Medical Center. Les grandes lignes de Medicare sont utilisées pour déterminer si des services sont nécessaires sur le plan médical. Des services auxiliaires commandés en rapport avec des visites cliniques seront facturés au taux de pourcentage des barèmes dégressifs qui correspond à cette visite clinique.

Les éléments suivants ne sont pas couverts dans le cadre de la présente politique :

- des éléments qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical (ex : procédures cosmétiques) ;
- des éléments sans bienfaits cliniques ou thérapeutiques (ex : le téléphone, la télévision et les frais différenciés concernant les chambres privatives) ;
- Les services non facturés par l'hôpital (ex : des services d'anesthésie et des services professionnels rendus par des médecins et des entrepreneurs indépendants, tels que des infirmières libérales/infirmiers libéraux, des services de soins à domicile et des services de transports pour personnes à mobilité réduite), autres que des services fournis par des entités se rapportant considérablement à l'hôpital, tel que ce terme est défini en vertu des règlements fédéraux ; et
- Co-paiements et franchises.

Les patients qui sont éligibles à Medicaid pour les urgences en tant que patients hospitalisés au Maimonides sont éligibles à une visite clinique post-opératoire sans frais et à tout service auxiliaire s'y rapportant dans un délai de 90 jours à compter de l'opération, et ne sont pas tenus de compléter la demande de documentation pour être éligibles à cette visite.

Les patients qui sont examinés dans la salle des urgences mais qui ne sont pas admis en tant que patients hospitalisés sont éligibles à une visite clinique de suivi sans frais pour cette condition spécifique qui les a conduit à la salle des urgences, et ne sont pas tenus de compléter les demandes de documentation pour être éligibles à cette visite.

Les services de santé mentale réservés à des patients sans hébergement de nuit sont couverts en vertu du FIN-29, « Politique d'aide financière relative aux services de santé mentale réservés aux patients sans hébergement de nuit, » et non dans le cadre de la présente politique. Les services de santé mentale pour les patients hospitalisés et les services auxiliaires s'y rapportant sont couverts dans le cadre de la présente politique.

La pièce jointe C de la présente politique liste les prestataires qui fournissent des soins d'urgences et d'autres soins nécessaires sur le plan médical dans l'hôpital qui sont couverts par la présente PAF, et ceux qui ne sont pas couverts en vertu de la PAF.

C. Procédures générales de demande

Afin d'obtenir de l'aide concernant la procédure de demande de la PAF, de faire une demande d'aide financière dans le cadre de, ou d'obtenir des informations complémentaires sur la PAF, une personne peut contacter le département des services des finances de l'hôpital au (718) 283-7790, situé au 983 48th Street, Brooklyn, NY 11219.

Chaque personne demandant une aide financière sera orientée vers un conseiller financier afin d'examiner cette dernière. Le conseiller financier :

1. discutera de plusieurs alternatives à la disposition du patient (ex : régimes d'assurance parrainés publiquement, modalités de paiement, taux réduits, barèmes dégressifs, soins gratuits) à partir des informations reçues.
2. dans des circonstances appropriées, (a) complétera une demande Medicaid et l'envoyera au département local des services sociaux au nom du patient ; ou (b) orientera le patient vers le bureau Medicaid local approprié pour compléter une demande pour le programme de santé pour les enfants (CHP).
3. évaluera si le patient peut être éligible à des réductions ou à un financement supplémentaires qui peut être mis à disposition par le biais de subventions spéciales ou de programmes spéciaux au Maimonides Medical Center différents du programme général d'aide financière.
4. Si cela est approprié, fournira une demande d'aide financière à compléter par le demandeur. Sur demande, le conseiller financier fournira de l'aide aux patients concernant la compréhension des politiques relatives à l'aide financière et complétera la demande de leur part au cours d'un entretien en personne.

Les formulaires de demande de la PAF seront traduits, conformément à la II^{ème} partie, plus haut. En outre, des services de traduction seront mis à la disposition de tous les patients nécessitant ces services pour accéder à l'aide financière à l'hôpital. Le personnel accèdera aux services de traduction conformément aux services de traduction et d'interprétation AD-120.

Les formulaires de demande incluront une notification aux patients indiquant que dès la remise d'une demande dûment complétée, y compris toute information ou documentation nécessaire pour déterminer l'éligibilité du patient en vertu de cette politique, le patient peut ne pas tenir compte de toutes les factures tant que l'hôpital n'a pas rendu une décision sur cette demande.

Les patients ont le droit de faire une demande d'aide financière pendant au moins 240 jours à compter de la date à laquelle la première facture a été fournie après la sortie de l'hôpital. (Se reporter au FIN-55, politique de facturation et de recouvrements pour en savoir plus sur les périodes de demande). Les demandes pour renoncer à ces exigences peuvent être adressées au vice-président principal des finances afin d'être examinées.

D. Critères d'éligibilité à l'aide financière

1. Procédures de détermination de l'éligibilité

L'éligibilité sera déterminée par le département des services des finances. Tel que décrit de manière plus détaillée plus avant à la sous-partie III.D.2, l'éligibilité sera basée sur les informations suivantes :

- lieu de résidence ;
- revenus annuels avant imposition ;
- patrimoine liquide ; et
- nombre de personnes composant le foyer.

Les informations fournies dans la demande du patient concernant un régime d'assurance parrainé publiquement seront utilisées pour obtenir ces données. Si aucune demande de la sorte n'a été réalisée ou n'est disponible, les informations nécessaires pour déterminer l'éligibilité à l'aide financière doivent être fournies par le patient. Si des informations requises font défaut, les patients seront informés par téléphone ou courrier de ces informations manquantes.

2. Test des revenus et du patrimoine liquide

La pièce jointe A de la présente politique, « Grille des réductions sur les tarifs dégressifs pour les services destinés aux patients hospitalisés, »

expose les réductions pour les services destinés aux patients hospitalisés qui sont couverts. La pièce jointe B, « Tableau des réductions sur les tarifs dégressifs pour les services de chirurgie ambulatoire, cliniques, d'urgences, ambulatoires et auxiliaires vers lesquels les patients sont orientés, » expose les réductions pour les services aux patients sans hébergement de nuit couverts, les services cliniques, d'urgence, ambulatoires et auxiliaires.

Chaque pièce jointe présente deux tests - un test des revenus et un test du patrimoine liquide :

- Le *test des revenus* est calculé en comparant le « nombre de personnes composant le foyer » du patient aux revenus annuels avant imposition de sa famille.
- Nombre de personnes composant le foyer. Si le patient est majeur, le nombre de personnes composant le foyer du patient est calculé en ajoutant le patient, le conjoint du patient (s'il y en a un et si il/elle réside avec le patient) et toute personne à charge du patient ou du conjoint du patient. Si le patient est mineur, le nombre de personnes composant le foyer du patient est calculé en ajoutant le patient, le(s) parent(s) du patient et/ou le(s) représentant(s) légal(aux) avec lequel/lesquels le patient réside, et toute personne à charge du(des) parent(s) et/ou du(des) représentant(s) légal(aux) du patient avec lequel/lesquels le patient réside (autre que le patient). Une femme enceinte est comptabilisée comme deux membres de la famille.
- Revenus annuels avant imposition. Si le patient est majeur, les revenus annuels avant imposition de la famille correspondent à la somme des revenus du patient et de ceux du conjoint du patient (s'il y en a un et si il/elle réside avec le patient). Si le patient est mineur, les revenus annuels avant imposition de la famille correspondent au revenu du(des) parent(s) du patient et/ou du(des) représentant(s) légal(aux) avec lequel/lesquels le patient réside. Les revenus sont basés en calculant les rémunérations des quatre dernières semaines avant la date de consultation.
- Les revenus annuels avant imposition correspondront au total des sources de revenus suivantes, telles qu'elles sont attestées par la documentation requise concernant la demande de la PAF :
 1. Salaire/rémunérations avant retenues.
 2. Prestations de la sécurité sociale.
 3. Indemnités chômage et pour accident du travail et maladie professionnelle.
 4. Avantages accordés aux vétérans.

5. Pension alimentaire en cas de séparation ou de divorce/pour enfants.
6. Autre aide financière.
7. Versements d'une retraite.
8. Versements d'une assurance ou d'annuités.
9. Dividendes/intérêt.
10. Revenu locatif.
11. Revenus commerciaux nets (travailleur indépendant/vérifié par une source indépendante).
12. Autre (Indemnités de grève, allocations de formation, allocations pour les familles de militaires, revenus issus de biens immobiliers et de fonds).

La source de revenus devrait être calculée en ajoutant les montants perçus réellement, par opposition aux montants auxquels cette personne peut avoir droit mais qui ne lui sont pas versés (ex : lorsque l'ex-conjoint d'un patient n'est pas en mesure de payer la pension alimentaire pour enfants, les versements d'une assurance ou d'une retraite sont contestés).

- Le *patrimoine liquide* de chaque patient sera calculé à partir de la valeur totale du patrimoine du patient et de celui de son conjoint (qu'il soit détenu individuellement ou conjointement). Si le patient est mineur, le patrimoine liquide du patient est calculé à partir de la valeur totale de celui détenu par le(s) parent(s) et/ou le(s) représentant(s) légal(aux) du patient avec lequel/lesquels le patient réside. Les types de patrimoine qui seront pris en considération incluent les espèces ; les comptes d'épargne ; les comptes chèques ; les certificats de dépôt ; les placements immobiliers (autres que la résidence principale) ; et d'autres patrimoines (bons du trésor, papier négociable, actions et obligations d'entreprise). Le test du patrimoine ne prendra pas en considération la résidence principale d'un patient, le patrimoine détenu sur un compte d'épargne retraite à impôt différé ou comparable, des comptes d'épargne pour la scolarité complète d'un enfant, ou des voitures utilisées régulièrement par un patient ou des membres de la famille proche. Un patient dont le patrimoine liquide s'élève à deux fois le montant des niveaux de ressources autorisés par Medicaid sera considéré comme ayant un « *important patrimoine liquide*. » **Si le patient possède un important patrimoine liquide, le montant de l'aide pour le patient sera le MOINS IMPORTANT par rapport à la réduction à laquelle le patient est éligible dans le cadre du test des revenus et du test du patrimoine liquide.** Par exemple, si un patient est éligible à une réduction de 50 % dans le cadre du test des revenus et à une réduction de 25 % dans le cadre du test du

patrimoine liquide, la réduction de 25 % s'appliquera. Si cette personne est éligible à une aide financière dans le cadre soit du test des revenus soit du test du patrimoine, les frais maximums qu'il ou elle peut encourir est 100 % du taux le plus élevé entre celui de Medicare ou de Medicaid, tel que cela s'applique, ou du MGF (tel que discuté plus haut).

Le test du patrimoine liquide pour les patients hospitalisés est calculé en divisant le montant du taux plein de Medicaid pour les services du patient par le « patrimoine liquide » du patient.

Le test du patrimoine liquide pour les patients sans hébergement de nuit est calculé en divisant le montant du taux plein de Medicare pour les services du patient par le « patrimoine liquide » du patient.

- **Si le patient ne possède pas un important patrimoine liquide, le montant de l'aide pour le patient correspondra alors à la réduction à laquelle le patient est éligible dans le cadre du test des revenus.**
- Une attention particulière peut être portée au cas par cas si un patient s'est récemment retrouvé sans emploi ou peut ne pas être en mesure de s'acquitter de ses dépenses courantes (c.-à-d. le loyer, l'eau, l'électricité, le téléphone etc. et l'alimentation) si le patient est tenu de payer lui-même le taux fixé dans les pièces jointes A ou B.

Tous les cas nécessitant une attention particulière devraient être adressés au directeur du service dédié aux conseils financiers en composant le (718) 283-7796. Le patient peut être tenu de documenter la nature des circonstances qui nécessitent une attention particulière.

E. Procédure d'examen des demandes

Dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande d'aide financière dûment complétée et de tous les documents nécessaires, le département des services des finances notifiera le patient par écrit si la demande d'aide financière a été acceptée ou rejetée. Si la demande a été acceptée, le patient sera informé du pourcentage de réduction (ex : 90 % des tarifs applicables) auquel il ou elle est éligible et il recevra une explication détaillée concernant les montants dus. Si la demande a été rejetée, la notification écrite décrira comment faire appel du rejet et inclura des informations pour prendre contact avec le service de la santé. Les notifications de rejet de la PAF doivent également détailler la justification de ce rejet. Dans les cas où un entretien en personne est réalisé, les patients sont informés immédiatement de l'acceptation de la demande et du

montant de réduction que le patient recevra ou du rejet de la demande. Dans ces cas de figure, la notification écrite est également envoyée par courrier au domicile du patient.

En outre, si le patient reçoit l'approbation pour l'aide financière, le département des services des finances documentera la détermination de l'éligibilité dans la section « commentaires » du système d'enregistrement des patients (AHS), y compris les réductions spécifiques applicables pour (a) des services rendus à un patient hospitalisé et (b) des services rendus à un patient sans hébergement de nuit, même si uniquement un type de service (ex : services rendus à un patient hospitalisé) est requis concernant les soins actuels prodigués au patient.

L'acceptation de l'éligibilité est valable pour une année et, à ce stade, il sera nécessaire de procéder à un nouveau calcul de l'éligibilité. Les futurs changements apportés aux barèmes dégressifs établis exposés dans les pièces jointes A et B s'appliqueront à tous les nouveaux patients et à ceux qui sont actuellement éligibles.

F. Modalité de paiement par acompte

Sur demande, les patients recevant une aide financière auront l'opportunité d'obtenir une modalité de paiement par acompte sans intérêts. Le versement mensuel ne sera pas supérieur à 10 % du revenu mensuel brut du patient venant s'ajouter à un patrimoine éligible à un examen dans le cadre d'un test du patrimoine réalisé par l'hôpital. Aucun intérêt ne sera exigé sur le solde impayé même dans le cas d'une omission d'un versement. En cas d'une omission de versement, les versements ne seront pas accélérés.

G. Appels

Un patient a le droit de faire appel d'une décision sur l'éligibilité à l'aide financière sur la base des critères suivants :

- des informations incorrectes ont été fournies ;
- des changements se sont produits concernant la situation financière du patient ; ou
- des circonstances atténuantes.

Le vice-président principal des finances (Services des finances) tranchera concernant les appels. Les appels doivent être réalisés par écrit (ou en personne, sur rendez-vous) à l'attention du vice-président principal des finances (Services des finances) à l'adresse suivante :

983 48th Street
Brooklyn, NY 11219
Téléphone : (718) 283-7790

Cet appel doit être déposé dans un délai de 30 jours à compter de la notification de la détermination de l'éligibilité. Le vice-président principal des finances (Services des finances) s'efforcera de rendre des décisions relatives à l'appel dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de la réception d'un appel déposé par un patient (c.-à-d. après réception d'une lettre ou d'un appel en personne).

H. Politique distincte relative à la facturation et aux recouvrements

Les mesures que Maimonides peut prendre en cas d'impayés sont décrites dans une politique distincte relative à la facturation et aux recouvrements (FIN-55). Cette politique est disponible sur la page dédiée à l'aide financière sur le site Internet de Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>). Des exemplaires papier de cette politique sont disponibles à la demande et sans frais, par courrier et dans des emplacements publics dans l'hôpital, y compris la salle des urgences, les zones d'accueil et les endroits où des services sont fournis aux patients.

I. Accès aux soins médicaux d'urgence

Aucune discrimination ne sera faite concernant la fourniture d'un examen médical de dépistage et d'un traitement de stabilisation nécessaire à l'encontre des personnes éligibles à l'aide financière dans le cadre de la présente politique. Maimonides dispense, sans discrimination, des soins pour des situations d'urgence médicale à des personnes, indépendamment du fait qu'elles soient éligibles à une aide financière dans le cadre de la présente PAF. Reportez-vous à FIN-034 EMTALA - Politique relative à l'examen médical de dépistage et de stabilisation.

J. Formation et informations complémentaires

Tout le personnel qui interagit avec les patients ou en charge de la facturation et des recouvrements recevra un exemplaire de cette politique et sera formé sur la procédure adaptée destinée au programme d'aide financière. Le personnel sera également informé périodiquement des réductions ou des financements supplémentaires qui peuvent être mis à disposition par le biais de subventions ou de programmes spéciaux distincts du programme général d'aide financière. Toutes les demandes de

renseignements supplémentaires de la part du personnel concernant cette politique devraient être adressées au responsable du service dédié aux conseils financiers en composant le (718) 283-7796.

Les employés de Maimonides et les personnes à leur charge seront soignés conformément à la politique en vigueur du centre médical (FIN-022).

K. Évaluation de la conformité avec le droit

Le service dédié à l'audit interne évaluera la conformité avec le droit relatif à l'aide financière et la présente politique au moins tous les ans. Les résultats de cet audit seront partagés avec le vice-président principal des comptes des patients, le vice-président principal, la finance (les services des finances), le vice-président exécutif en charge des affaires juridiques et le directeur de la conformité.

IV. CONTRÔLES

Le vice-président principal des finances (Services des finances), conjointement avec le vice-président administratif en charge du réseau des services de santé ambulatoires, et le vice-président principal dédié aux comptes des patients, examineront périodiquement les principaux dossiers et comptes des patients pour qu'ils soient conformes au protocole d'aide financière fixé dans la présente politique.

Les vice-présidents principaux des finances (Services des finances) et des comptes des patients demanderont aux responsables de service appropriés de réviser le protocole relatif à l'aide financière exposé dans la présente politique au fur et à mesure que des changements seront acceptés ou mandatés par des agences réglementaires.

Kenneth D. Gibbs
Présidente et PDG

INDEX : Soins réservés aux plus démunis, paiement non remboursé, aide financière

RÉFÉRENCES : PHL 2807-k (9 et 9-a)
Lettre cher administrateur datée du 15 février 2007
Loi sur la protection des patients et les soins abordables §9007(a) (23 mars 2010) (Ajout du 501(r) au IRC);
FIN-034 EMTALA - Politique relative à l'examen médical de dépistage et à la stabilisation
FIN-029 (Révisée) - Politique d'aide financière concernant les services de santé mentale réservés à des patients sans hébergement de nuit
FIN-055 - Politique relative à la facturation et aux recouvrements
Lettre cher administrateur datée du 15 novembre 2013
Exigences supplémentaires pour les hôpitaux de la charité ; évaluations des besoins en matière de santé de la communauté pour les hôpitaux de la charité ; exigence d'un paragraphe 4959 déclarations d'impôt indirect et période pour remplir la déclaration, règle définitive, 79 Fed.Reg. 78954 (31 déc. 2014).
26 C.F.R. 1.501(r)-1, 1.501(r)-4 - 1.501(r)-6

SERVICE D'ORIGINE : Service juridique/Services des finances

CODE: FIN-28DATE: 2018

MAIMONIDES MEDICAL CENTER
GRILLE 2018 DES RÉDUCTIONS TARIFAIRES À BARÈME DÉGRESSIF POUR LES SERVICES DESTINÉS AUX
PATIENTS HOSPITALISÉS SUR LA BASE DES TAUX DE MEDICAID

Annexe A

Test A - Test des revenus¹

Nombre de personnes composant le foyer	Lignes directrices fédérales relatives à la pauvreté NIVEAU I	Tranche de revenus NIVEAU II		Tranche de revenus NIVEAU III		Tranche de revenus NIVEAU IV		Tranche de revenus NIVEAU V		Tranche de revenus NIVEAU VI		Tranche de revenus NIVEAU VII		Seuil des ressources minimums du test du patrimoine
1	12 140 \$	12 141 \$	15 175 \$	15 176 \$	18 210 \$	18 211 \$	24 280 \$	24 281 \$	30 350 \$	30 351 \$	36 420 \$	36 421 \$	Montant supérieur	30 300 \$
2	16 460 \$	16 461 \$	20 575 \$	20 576 \$	24 690 \$	24 691 \$	32 920 \$	32 921 \$	41 150 \$	41 151 \$	49 380 \$	49 381 \$	"	44 400 \$
3	20 780 \$	20 781 \$	25 975 \$	25 976 \$	31 170 \$	31 171 \$	41 560 \$	41 561 \$	51 950 \$	51 951 \$	62 340 \$	62 341 \$	"	50 028 \$
4	25 100 \$	25 101 \$	31 375 \$	31 376 \$	37 650 \$	37 651 \$	50 200 \$	50 201 \$	62 750 \$	62 751 \$	75 300 \$	75 301 \$	"	56 550 \$
5	29 420 \$	29 421 \$	36 775 \$	36 776 \$	44 130 \$	44 131 \$	58 840 \$	58 841 \$	73 550 \$	73 551 \$	88 260 \$	88 261 \$	"	63 078 \$
6	33 740 \$	33 741 \$	42 175 \$	42 176 \$	50 610 \$	50 611 \$	67 480 \$	67 481 \$	84 350 \$	84 351 \$	101 220 \$	101 221 \$	"	69 600 \$
7	38 060 \$	38 061 \$	47 575 \$	47 576 \$	57 090 \$	57 091 \$	76 120 \$	76 121 \$	95 150 \$	95 151 \$	114 180 \$	114 181 \$	"	76 128 \$
8	42 380 \$	42 381 \$	52 975 \$	52 976 \$	63 570 \$	63 571 \$	84 760 \$	84 761 \$	105 950 \$	105 951 \$	127 140 \$	127 141 \$	"	82 650 \$
9	46 700 \$	46 701 \$	58 375 \$	58 376 \$	70 050 \$	70 051 \$	93 400 \$	93 401 \$	116 750 \$	116 751 \$	140 100 \$	140 101 \$	"	89 176 \$
10	51 020 \$	51 021 \$	63 775 \$	63 776 \$	76 530 \$	76 531 \$	102 040 \$	102 041 \$	127 550 \$	127 551 \$	153 060 \$	153 061 \$	"	95 700 \$
Pour chaque personne supplémentaire ajoutez	4 320 \$	5 400 \$		6 480 \$		8 640 \$		10 800 \$		12 960 \$		S/O		6 526 \$
Montant de réduction basé sur le groupe relatif au diagnostic (DRG) de Medicaid	100 %	90 %		80 %		70 %		60 %		50 %		0 %		
Pourcentage au-dessus du seuil fédéral de pauvreté (FPL)	100 % du FPL	101 % à 125 % du FPL		126 % à 150 % du FPL		151 % à 200 % du FPL		201 % à 250 % du FPL		251 % à 300 % du FPL		Plus de 300 % du FPL		

CODE: FIN-28

DATE: 2018

Test B - Test du patrimoine liquide (s'applique seulement si le patient possède deux fois (2x) le montant des ressources autorisées de Medicaid)

DRG de Medicaid / Total patrimoine liquide	Supérieur à 90 %	90 % jusqu'à 80 %	79 % jusqu'à 70 %	69 % jusqu'à 60 %	59 % jusqu'à 50 %	49 % jusqu'à 0%
Montant de réduction	100%	75%	50%	25%	15%	0%
Exemple: Montant de réduction	0 \$	3 750 \$	7 500 \$	11 250 \$	15 000 \$	
<p style="text-align: center;">Taux $\frac{15\ 000}{30\ 000} = 50\%$ Responsabilité du patient sera de 85 % de 15 000 \$ = <u>12 750</u></p> <p style="text-align: center;">Patrimoine 30 000</p>						

Les taux plein de Medicaid sont exigibles auprès des patients dont les revenus sont supérieurs à 300 % du FPL, ou dont les frais par rapport au ratio du patrimoine liquide sont de 49 % ou inférieurs.

CODE: FIN-28DATE: 2018**MAIMONIDES MEDICAL CENTER**

TABLEAU 2018 DES RÉDUCTIONS CONCERNANT LE BARÈME DÉGRESSIF DES FRAIS POUR LES SERVICES DE CHIRURGIE AMBULATOIRE SANS HÉBERGEMENT DE NUIT, CLINIQUES, D'URGENCES, AMBULATOIRES ET AUXILIAIRES VERS LESQUELS LES PATIENTS SONT ORIENTÉS SUR LA BASE DES TAUX DE CLASSIFICATION DES PAIEMENTS AMBULATOIRES (APC) DE MEDICARE

Annexe B**Test A - Test des revenus²**

Nombre de personnes composant le foyer	Lignes directrices fédérales relatives à la pauvreté NIVEAU I	Tranche de revenus NIVEAU II		Tranche de revenus NIVEAU III		Tranche de revenus NIVEAU IV		Tranche de revenus NIVEAU V		Tranche de revenus NIVEAU VI		Tranche de revenus NIVEAU VII		Seuil des ressources minimums du test du patrimoine
													Montant supérieur	
1	12 140 \$	12 141 \$	15 175 \$	15 176 \$	18 210 \$	18 211 \$	24 280 \$	24 281 \$	30 350 \$	30 351 \$	36 420 \$	36 421 \$	Montant supérieur	30 300 \$
2	16 460 \$	16 461 \$	20 575 \$	20 576 \$	24 690 \$	24 691 \$	32 920 \$	32 921 \$	41 150 \$	41 151 \$	49 380 \$	49 381 \$	"	44 400 \$
3	20 780 \$	20 781 \$	25 975 \$	25 976 \$	31 170 \$	31 171 \$	41 560 \$	41 561 \$	51 950 \$	51 951 \$	62 340 \$	62 341 \$	"	50 028 \$
4	25 100 \$	25 101 \$	31 375 \$	31 376 \$	37 650 \$	37 651 \$	50 200 \$	50 201 \$	62 750 \$	62 751 \$	75 300 \$	75 301 \$	"	56 550 \$
5	29 420 \$	29 421 \$	36 775 \$	36 776 \$	44 130 \$	44 131 \$	58 840 \$	58 841 \$	73 550 \$	73 551 \$	88 260 \$	88 261 \$	"	63 078 \$
6	33 740 \$	33 741 \$	42 175 \$	42 176 \$	50 610 \$	50 611 \$	67 480 \$	67 481 \$	84 350 \$	84 351 \$	101 220 \$	101 221 \$	"	69 600 \$
7	38 060 \$	38 061 \$	47 575 \$	47 576 \$	57 090 \$	57 091 \$	76 120 \$	76 121 \$	95 150 \$	95 151 \$	114 180 \$	114 181 \$	"	76 128 \$
8	42 380 \$	42 381 \$	52 975 \$	52 976 \$	63 570 \$	63 571 \$	84 760 \$	84 761 \$	105 950 \$	105 951 \$	127 140 \$	127 141 \$	"	82 650 \$
9	46 700 \$	46 701 \$	58 375 \$	58 376 \$	70 050 \$	70 051 \$	93 400 \$	93 401 \$	116 750 \$	116 751 \$	140 100 \$	140 101 \$	"	89 176 \$
10	51 020 \$	51 021 \$	63 775 \$	63 776 \$	76 530 \$	76 531 \$	102 040 \$	102 041 \$	127 550 \$	127 551 \$	153 060 \$	153 061 \$	"	95 700 \$
Pour chaque personne supplémentaire ajoutez	4 320 \$	5 400 \$		6 480 \$		8 640 \$		10 800 \$		12 960 \$		S/O		6 526 \$
Montant de réduction à partir des taux de classification des paiements ambulatoires (APC) de Medicare	100 %	90 %		80 %		70 %		60 %		50 %		0 %		

CODE: FIN-28

DATE: 2018

Pourcentage au-dessus du seuil fédéral de pauvreté (FPL)	100 % du FPL	101 à 125 % du FPL	126 à 150 % du FPL	151 à 200 % du FPL	201 à 250 % du FPL	251% à 300 % du FPL	Plus de 300 % du FPL	
--	--------------	--------------------	--------------------	--------------------	--------------------	---------------------	----------------------	--

Test B - Test du patrimoine liquide (s'applique seulement si le patient possède deux fois (2x) le montant des ressources autorisées de Medicaid)

Taux APC de Medicare / Total patrimoine liquide	Supérieur à 90 %	90 % jusqu'à 80 %	79 % jusqu'à 70 %	69 % jusqu'à 60 %	59 % jusqu'à 50 %	49 % jusqu'à 0 %
Montant de réduction	100 %	90 %	80 %	70 %	60 %	0 %
Exemple : chir/ambu taux APC de 1 000 \$	0 \$	100 \$	200 \$	300 \$	400 \$	1 000 \$

$$\frac{\text{Taux APC } 1,000}{\text{Ressources } 30,000} = 33\%$$
 Patient a droit à une réduction de 0 % Responsabilité du patient est le taux plein APC de Medicare

Les taux pleins APC de Medicaid sont exigibles auprès des patients dont les revenus sont supérieurs à 300 % du FPL, ou dont les frais par rapport au ratio du patrimoine liquide sont de 49 % ou inférieurs.