

Carolinas HealthCare System

Politique d'assistance couverture et d'assistance financière hospitalières

Créé :	1/10/2013	Version approuvée :	11/05/2015
		Révisée :	9/2/2016

Objectif

La politique d'assistance couverture et d'assistance financière hospitalière (CAFA) soutient le but de Carolinas HealthCare System's (CHS) de fournir des niveaux appropriés de soins charitables, correspondants aux ressources de CHS et des besoins de la communauté. CHS s'engage à assister les patients pour obtenir des programmes de couverture variés ainsi que fournir une assistance financière (FA) à chaque personne ayant un besoin nécessaire de traitement hospitalier, ambulatoires ou d'urgence. CHS procurera toujours des soins médicaux d'urgence nécessaires sans tenir compte de la possibilité de payer du patient.

Ce principe s'applique aux services hospitaliers reçus dans les établissements de CHS suivants :

Carolinas HealthCare System Anson
Carolinas HealthCare System Behavioral Health – Charlotte
Carolinas HealthCare System Behavioral Health - Davidson
Carolinas HealthCare System Cleveland
Carolinas HealthCare System Kings Mountain
Carolinas HealthCare System Lincoln
Carolinas HealthCare System NorthEast
Carolinas HealthCare System Pineville
Carolinas HealthCare System Stanly
Carolinas HealthCare System Union
Carolinas HealthCare System University
Carolinas Medical Center
Carolinas Medical Center – Mercy
Carolinas Rehabilitation
Levine Children's Hospital

CHS a les cinq objectifs majeurs suivants pour fournir une assistance couverture et une assistance financière aux patients:

- **Présenter en tout temps les valeurs essentielles de « bienveillance ».**
- **S'assurer que le patient a épuisé d'autres opportunités appropriées de couverture avant d'être qualifié pour l'assistance financière de CHS.**
- **Fournir une assistance financière basée sur les possibilités du patient de payer.**
- **S'assurer que CHS se conforme aux règles fédérales ou d'État applicables liées à l'assistance financière.**
- **Établir un procédé qui minimise la charge au patient et est efficace à administrer par rapport au coût.**



Définitions

Les termes utilisés dans cette politique doivent être interprétés comme suit :

1. Échelonnement clinique : Un programme permettant aux patients indigents du comté de Mecklenburg d'aller en clinique pour services ambulatoires en payant une quote-part basée sur leur revenu.
2. Électif : Les services qui, suivant l'opinion d'un médecin, ne sont pas nécessaires ou peuvent être repoussés sans danger.
3. Soins d'urgence : Soins immédiats nécessaires suivant l'opinion d'un médecin pour prévenir que la santé du patient soit mise en danger, une grave déficience des fonctions corporelles, d'organes ou de parties du corps.
4. Score de l'assistance financière (Score FAS) : Un score établi avec l'aide d'un tiers prestataire afin de fournir un mécanisme proactif consistant et automatisé pour prouver le profil financier du patient.
 - Le score FAS n'est pas un score de crédit. Le score FAS dépend de bases de données variées avec plus de 9 000 sources and 2 milliards de dossiers aidant à déterminer la probabilité qu'un patient vit pauvrement.
 - L'index du revenu du ménage fait partie du score FAS qui est calibré d'après les directives fédérales du seuil de pauvreté.
 - Une révision des données du recensement, l'historique des transactions du consommateur, actif propriété et relevés eau et électricité en font aussi partie sans s'y limiter.
5. Revenu financier du ménage : Revenu incluant mais sans s'y limiter à ce qui suit :
 - Revenu salaire annuel avant impôts
 - Chômage
 - Prestations pour accident du travail
 - Sécurité sociale et Revenu supplémentaire de sécurité
 - Paiements aux anciens combattants
 - Revenu de pension ou de retraite
 - Autres revenus applicables comprenant, locations, pension alimentaire, pension alimentaire enfants et autres sources diverses
6. Médicalement nécessaire : Services hospitaliers fournis à un patient pour diagnostiquer, soulager, corriger, guérir ou empêcher que le début d'une maladie qui pourrait mettre sa vie en danger s'empire, cause souffrance ou douleur, une difformité ou un trouble fonctionnel, menace ou aggrave un handicap, ou aboutit en maladie généralisée ou infirmité.
7. Autres options de couverture : Des options qui permettraient de percevoir un paiement tiers payant sur un/des compte(s) sous CAFA y compris révision mais sans se limiter à : Prestations pour accident du travail, régime d'assurance gouvernementale tels que Medicare [programme fédéral d'assistance médicale pour personnes âgées] et Medicaid [caisse d'assistance médicale pour personnes sans ressources], régime d'assurance État/Fédéral, assistance aux victimes, etc., ou responsabilité civile à la suite d'un accident automobile ou autres accidents.



Politique

Carolinas HealthCare System suit deux procédés différents suivant le lieu du service afin de déterminer l'éligibilité à l'assistance financière aux patients non assurés. Le lieu des types de service est catégorisé en deux groupes différents :

1. Catégorie I – Tous les patients hospitalisés et aux services d'observation, ainsi que ceux dans les services hospitaliers ambulatoires ayant des soldes supérieurs ou égaux à \$10,000. Les comptes de laboratoire de référence, d'échelonnement clinique et ceux de pharmacie sans hospitalisation sont exclus.
2. Catégorie II – Tous les autres services ambulatoires ou d'urgence aux soldes inférieurs à \$10,000. Les comptes de laboratoire de référence, d'échelonnement clinique et ceux de pharmacie sans hospitalisation sont exclus.

Catégorie I

Tous les patients non assurés pour les services de Catégorie I feront l'objet d'une révision par l'équipe conseil financier de CHS. Les patients de services de Catégorie I devront remplir le formulaire de demande d'Assistance couverture/Assistance financière (CAFA) avant de pouvoir être considérés pour cette aide. Le formulaire de demande CAFA recueille les informations utiles à déterminer l'éligibilité du patient pour toutes autres options de couverture. Si le processus CAFA indique une forte possibilité de couverture le patient devra alors, avec l'assistance de CHS, poursuivre ces opportunités avant de pouvoir être considéré pour handicapés mentaux et/ou physiques à faire une demande d'assistance. Les informations financières resteront confidentielles et CHS traitera avec dignité les patients cherchant une assistance de couverture et une assistance financière. Le processus de demande d'assistance financière ne commencera pas officiellement avant que le processus d'assistance couverture est achevé et que le patient est reconnu inéligible pour d'autres options de couverture. Suite à l'entière coopération du patient à rechercher d'autres options de couverture et qu'elles s'avèrent peu probables ou refusée dans les règles, CHS déterminera l'éligibilité du patient à une assistance financière. **Le patient ne coopérant pas à ce processus sera considéré inéligible pour une assistance financière.**

Catégorie I Critère d'éligibilité

1. Services éligibles :

- Tous les services médicaux nécessaires en hospitalisation (comme il l'est déterminé par un médecin).
- Tous les services médicaux ambulatoires nécessaires (comme il l'est déterminé par un médecin), d'un solde supérieur ou égal à \$10,000.
- Tous les services médicaux hospitaliers d'urgence administrés en salle des urgences, d'un solde supérieur ou égal à \$10,000.
- Tous les services médicaux non électifs ambulatoires (comme il l'est déterminé par un médecin) répondant aux circonstances de danger de mort, non effectués dans une salle des urgences, d'un solde supérieur ou égal à \$10,000.

2. Services Inéligibles :

- Électifs et services esthétiques
- Services des laboratoires de référence
- Services de pharmacie sans hospitalisation



- Services éligibles à l'échelonnement Clinique (Visites en clinique, diagnostiques ambulatoires, et aux services des urgences qui sont couverts sous l'échelonnement quote-part clinique)

3. Patients éligibles :

- Revenu du ménage entre 0% et 400% des directives fédérales du seuil de pauvreté (FPG)
- Non assurés et inéligibles pour toutes autres options de couverture pour le/les compte(s) sous révision CAFA
- Résidents de Caroline du Nord et de Caroline du Sud
- Coopérant entièrement et déterminés pour d'autres options de couverture

4. Patients inéligibles :

- Revenu du ménage supérieur à 401% des directives fédérales du seuil de pauvreté
- Éligibles pour assistance à travers le programme d'échelonnement clinique
- Sont titulaires d'une couverture d'assurance
- Ont d'autres options de couverture disponibles pour leur(s) compte(s) sous révision
- Ne sont pas résidents de Caroline du Nord ou de Caroline du Sud
- Manque d'entière coopération et détermination pour d'autres options de couverture

Détermination de la Catégorie I Discount assistance financière FA :

- Demande CAFA accomplie pour déterminer si des options de couverture sont disponibles pour des services médicaux nécessaires et ceux non électifs.
- L'éligibilité pour un discount d'assistance financière est basée sur le revenu total du ménage du patient précédent les 90 jours inscrits au moment de l'évaluation.
- Les besoins financiers seront déterminés en comparant le revenu total du ménage du patient à celui des directives fédérales du seuil de pauvreté (FPG) en vigueur en date de la détermination.
- Les patients capables de justifier que le revenu du ménage est à ou inférieur à 200% du FPG est éligible pour un discount de 100% pour une période d'éligibilité.
- Le patient ayant un revenu total du ménage entre 201% et 400% du FPG est éligible pour discounts partiels pour une période d'éligibilité de 180 jours.
- Les patients avec des services de Catégorie I dont les vérifications de tiers prestataires indiquent qu'ils ont suffisamment de ressources financières, ces ressources peuvent entrer en considération pour déterminer l'éligibilité.
- Les paiements de patient reçus antérieurement à tout ajustement d'assistance financière ne seront pas remboursés.



Échelle d'assistance financière du patient de Catégorie I				
Éventail de Revenu Max	0-200% FPG	201%-300% FPG *Du seuil de pauvreté	301-400% FPG	≥401% FPG
Ajustement %	100%	75%	50%	0%
# dans le ménage	Plan 955605	Plan 955612	Plan 955613	
1	0-\$23,760	\$23,761-\$35,640	\$35,641-\$47,520	≥\$47,521
2	0-\$32,040	\$32,041-\$48,060	\$48,061-\$64,080	≥\$64,081
3	0-\$40,320	\$40,321-\$60,480	\$60,481-\$80,640	≥\$80,641
4	0-\$48,600	\$48,601-\$72,900	\$72,901-\$97,200	≥\$97,201
5	0-\$56,880	\$56,881-\$85,320	\$85,321-\$113,760	≥\$113,761
6	0-\$65,160	\$65,161-\$97,740	\$97,741-\$130,320	≥\$130,321
7	0-\$73,460	\$73,461-\$110,190	\$110,191-146,920	≥\$146,921
	0-\$81,780	\$81,781-\$122,670	\$122,671-163,560	≥\$163,561

* L'éventail de revenu maximum est basé sur les directives fédérales du seuil de pauvreté de 2016

Catégorie I Vérification des ressources financières du ménage et période d'éligibilité :

Typiquement les demandes CAFA sont achevées au moment, ou à la suite des services rendus. Les officiers de l'état civil ou les conseillers financiers de CHS essaieront d'avoir des entrevues avec tous les patients qui ne peuvent payer les services. CHS utilisera, quand il l'est approprié, les données de tout tiers prestataire indépendant pour valider les informations fournies par le patient sur la demande CAFA.

- **Période de vérification** - Le total du revenu financier du ménage sera basé sur une période de retour en arrière des derniers 90 jours à partir de la date de demande et validé par des tiers prestataires. En cas de divergence entre ce qui est rapporté par les tiers prestataires et le patient, il peut être demandé à ce dernier de fournir une documentation de revenu complémentaire.
- **Période d'éligibilité** – Après approbation, la période d'éligibilité pour une assistance financière est de 180 jours à partir de la date d'approbation pour les services médicaux nécessaires et non électifs. Tous changements se produisant pendant la période d'éligibilité entraînant une forte probabilité que le patient serait récemment éligible pour une autre couverture, il doit poursuivre des options de couverture afin de maintenir son éligibilité à l'assistance financière.
- **Documentation** – Les patients peuvent être demandés de fournir des documents de leur employeur et institutions bancaires pour plus amples vérifications de leur revenu. État financiers, vérification de revenu et documents de tiers prestataires seront conservés par CHS pendant 10 ans ou comme la loi l'exige. La falsification des informations financières y compris en retenir entraînera le refus de l'assistance financière.
- **Fraude** - CHS se réserve le droit de reverser les ajustements de cette politique d'assistance financière lorsqu'il est déterminé que les informations fournies par le patient, pendant le processus de leur accumulation, soient fausses ou si CHS obtient la preuve que le patient a reçu d'autres sources de compensation pour services médicaux non divulguées à CHS.



Catégorie II

CHS utilisera un processus de présomption pour déterminer l'assistance financière des services de Catégorie II. Tous les patients non assurés avec services de Catégorie II seront évalués automatiquement pour un discount d'assistance financière basé sur un score pour cette assistance (FAS). Le patient n'aura pas à faire une demande CAFA pour l'aide. Le score FAS est assigné avant le premier relevé de facture. Le FAS sera assigné sur la base d'un algorithme de score individuel fait par des experts tiers sélectionnés par CHS. CHS testera périodiquement les algorithmes pour vérifier leur consistance d'application et ajustera les seuils du FAS suivant les besoins.

Les patients reconnus éligibles recevront un discount d'assistance financière de 100% sur les services éligibles et ne seront pas facturés. Chaque patient utilisant les services des urgences devra payer une quote-part de \$75 00.

Les patients avec services de Catégorie II reconnus inéligibles pour un discount présomptif d'assistance financière recevront une facture et seront informées de leur inéligibilité par lettre.

1. Services éligibles :

- Tous les services médicaux ambulatoires nécessaires (comme il l'est déterminé par un médecin) avec un solde inférieur à \$10 000.
- Tous les services hospitaliers d'urgence administrés en salle d'urgence ayant un solde inférieur à \$10 000

2. Services inéligibles :

- Services esthétiques électifs
- Services aux laboratoires de référence
- Pharmacie sans hospitalisation
- Services échelonnement clinique éligibles (visites en clinique, diagnostics ambulatoires, et services aux urgences couverts par la quote-part échelonnement clinique)

3. Patients éligibles :

- Score FAS calibré sur les directives fédérales du seuil de pauvreté
- Sans couverture médicale actuelle

4. Patients Inéligibles :

- Possède actuellement une couverture médicale
- Éligible pour d'autres options de couverture
- Éligible pour une assistance à travers le programme échelonnement clinique

Détermination de la catégorie II discount assistance financière FA

- L'éligibilité pour les services FA de Catégorie II est basée sur le score FAS de CHS obtenu d'un tiers prestataire avant le premier relevé de facture.
- Chaque patient avec services de Catégorie II de score FA éligible recevra un discount de 100%.
- L'inéligibilité à un discount FA sera communiquée par lettre.



- Les paiements de patient reçus avant tout ajustement d'assistance financière ne seront pas remboursés.
- Chaque cycle de facturation de soins pour les services de Catégorie II tel qu'il est déterminé par les règles de facturation de Medicare sera évalué séparément pour l'éligibilité FA.

Demande d'assistance de couverture et d'assistance financière :

Les demandes CAFA sont pour les patients qui ont reçu des services de Catégorie I. Comme il l'est indiqué ci-dessus, les co-équipiers de CHS s'efforceront d'avoir une entrevue avec tous les patients de Catégorie I non assurés et de les aider à remplir la demande CAFA. CHS déterminera l'éligibilité pour l'assistance financière dès que le processus de l'assistance couverture est terminé. CHS déterminera automatiquement l'éligibilité pour l'assistance financière à la fin du processus d'assistance couverture dans les situations où le patient coopère à la demande CAFA. Faute de pouvoir avoir une entrevue avec les co-équipiers de CHS le patient avec les services de Catégorie I peut télécharger le formulaire de demande d'Assistance couverture/Assistance financière en ligne et l'envoyer à CHS. Un patient peut également le recevoir par courrier en téléphonant au 70 45 12 70 00. Les patients avec services de Catégorie I peuvent aussi faire une demande en personne au moment du service rendu.

Les patients ayant reçu des services de Catégorie II n'ont pas à remplir une demande d'assistance couverture ou d'assistance financière. Les patients ayant reçu des services de Catégorie II seront automatiquement filtrés pour assistance éligibilité financière au moment de la facturation finale. Un patient reconnu éligible recevra un discount de 100% discount. Un patient reconnu inéligible à travers ce processus en sera informé par courrier. Un patient convaincu qu'il a le droit d'être éligible pour l'assistance financière, bien que le score FAS l'ait catégorisé inéligible, peut faire une demande CAFA en téléchargeant ce formulaire CAFA en ligne et en l'envoyant à CHS. Un patient peut aussi demander à le recevoir par courrier en téléphonant au 70 45 12 70 00. Seules les demandes CAFA entièrement complétées seront révisées. Les patients optant de faire une demande couverture CAFA devront obligatoirement rechercher d'autres options de couverture avant de pouvoir être considérés pour un discount d'assistance financière.

Toutes les demandes sur papier devront être adressées à :

CHS System Business Office
 ATTN: Financial Counseling Department
 PO Box 32861
 Charlotte, NC 28232

A réception de la demande un conseiller financier de CHS contactera le patient si nécessaire.

Mode de communication de la politique CHS :

CHS communique la disponibilité du processus CAFA à tous les patients de la façon suivante :

- Site Internet CHS
- Sur tous les relevés de factures de l'hôpital
- Information affichée dans tous les services d'urgence et d'admission
- Entrevues entre patient et famille avec les conseillers financiers sur place
- Service à la clientèle et à la comptabilité patient



Mesures en cas de non- paiement

Les mesures susceptibles d'être prises par les hôpitaux de CHS en cas de non-paiement des services sont décrites dans une politique séparée de facturation et de recouvrement pouvant être obtenue gratuitement au service comptabilité patient au 70-45-12-7000.

Assurance qualité et autre clauses :

Les co-équipiers de CHS ont l'interdiction de conseiller et/ou traiter les demandes CAFA pour membres de la famille, connaissances et collègues. Le Service de contrôle d'assurance qualité PFS effectuera périodiquement des audits des comptes traités pour discounts de Catégorie I pour assurer que la documentation appropriée est en dossier. Le Service de contrôle d'assurance qualité PFS vérifiera aussi le procédé de Catégorie II pour assurer que les ajustements appropriés sont effectués (PFS Police 3.01).

