	Johns Hopkins Medicine Manuel des Politiques d'Assistance financière, Général	Numéro de politique	PFS035
		Date effective	08/08/2022
	<i>Objet</i> Assistance financière	Page	1 sur 10
		Remplace	01/10/2021

Ce document s'applique aux organisations participantes suivantes:

HCGH OB/GYN Associates	Howard County General Hospital, Inc.	Johns Hopkins All Children's Hospital	Johns Hopkins Bayview Medical Center, Inc.
Johns Hopkins Community Physicians	Johns Hopkins Home Care Group, Inc.	Johns Hopkins Regional Physicians, LLC	Johns Hopkins Surgery Centers Series
Johns Hopkins University School of Medicine	Pediatric Physician Services, Inc. (FL)	Sibley Memorial Hospital	Suburban Hospital, Inc.
The Johns Hopkins Hospital	West Coast Neonatology, Inc.		

Mots clés: assistance, facturation, dette, financier/financière, médical

Sommaire	Numéro de page
I. <u>OBJECTIF</u>	1
II. <u>POLITIQUE</u>	1
III. <u>PROCÉDURES</u>	2
IV. <u>DÉFINITIONS</u>	8
V. <u>RÉFÉRENCE</u>	10
VI. <u>COMMANDITAIRE</u>	10
VII. <u>CYCLE DE RÉVISION</u>	10
VIII. <u>APPROBATION</u>	10
<u>Annexe A: DISPOSITIONS DE SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNIQUEMENT) RELATIVES À L'Assistance financière SPÉCIFIQUES AUX RÉGLEMENTATIONS DU DC</u>	<u>Cliquez ici</u>
<u>Annexe B: DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE</u>	<u>Cliquez ici</u>
<u>Annexe C: Assistance financière JOHNS HOPKINS ALL CHILDREN'S HOSPITAL DISPOSITIONS</u>	<u>Cliquez ici</u>


I. OBJECTIF

Johns Hopkins Medicine a à cœur de fournir une Assistance financière aux patients dont les besoins médicaux ne sont pas couverts, mal couverts, inéligibles à un programme gouvernemental ou aux patients dans l'impossibilité de régler leurs frais, et ce pour des besoins médicaux avérés, sur la base de leur situation financière individuelle.

II. POLITIQUE

La présente politique indique les critères à prendre en compte dans la décision relative à l'éligibilité d'un patient à une Assistance financière et indique la procédure et les lignes directrices utilisées afin de déterminer son éligibilité à une Assistance financière ainsi que la procédure de demande d'Assistance financière. La présente politique couvre l'octroi d'une Assistance financière aux patients dont les besoins médicaux ne sont pas couverts, mal couverts, inéligibles à un programme gouvernemental ou aux patients dans l'impossibilité de régler leurs frais, et ce pour des besoins médicaux avérés, sur la base de leur situation financière individuelle.

Johns Hopkins dispensera, sans discrimination aucune, des soins dans des conditions d'urgence médicale aux individus, indépendamment de leur éligibilité à l'Assistance financière en vertu de cette politique. Johns Hopkins n'entreprendra aucune activité qui pourrait décourager des individus à demander des soins médicaux d'urgence, notamment en exigeant que les patients des unités d'urgence paient avant de bénéficier d'un traitement en cas d'urgence, ou en autorisant des activités de recouvrement de créances qui viennent interférer avec la disposition, sans discrimination aucune, des soins médicaux d'urgence. Les services médicaux d'urgence sont dispensés à tous les patients de manière non discriminatoire, conformément à la politique EMTALA de l'hôpital.

	Johns Hopkins Medicine Manuel des Politiques d'Assistance financière, Général	Numéro de politique	PFS035
		Date effective	08/08/2022
	<i>Objet</i> Assistance financière	Page	2 sur 10
		Remplace	01/10/2021

Sibley Memorial Hospital est situé dans le District de Columbia. L'Annexe A à la présente politique indique les mesures complémentaires relatives aux Soins non pris en charge rendus obligatoires par les réglementations et lois du District de Columbia applicables à Sibley Memorial Hospital. L'Annexe A n'est applicable qu'à Sibley Memorial Hospital. En cas de contradiction entre l'Annexe A et la présente politique concernant l'Assistance financière et les Soins non compensés à Sibley Memorial Hospital, ce sont les dispositions énoncées à l'Annexe A qui s'appliquent.

Johns Hopkins All Children's Hospital est situé en Floride. L'Annexe C à cette présente politique indique les mesures complémentaires relatives au statut 395.301, F.S. de la Floride concernant la politique d'Assistance financière à l'attention des patients éventuels et décrit la méthodologie afin de déterminer les AGB et réductions associés en fonction des approbations données aux demandes. En cas de contradiction entre l'Annexe C et la présente politique concernant l'Assistance financière et les Soins non compensés au John Hopkins All Children's Hospital, ce sont les dispositions énoncées à l'Annexe C qui s'appliquent.

Ainsi, la présente politique écrite:

- Comprend les critères d'éligibilité à une Assistance financière -- soins gratuits et à coût réduit (assistance partielle)
- Décrit les éléments pris en compte dans le calcul des montants facturés aux patients éligibles à une Assistance financière dans le cadre de la présente
- Décrit la méthode par laquelle les patients peuvent demander une Assistance financière
- Décrit la façon dont l'hôpital s'engage à communiquer largement et publiquement sur cette politique au sein de la communauté desservie par cet hôpital
- Limite les montants que l'hôpital facture en cas de Soins d'urgence ou nécessaires fournis à des personnes éligibles à une Assistance financière aux montants généralement facturés (perçus par) l'hôpital pour des patients assurés ou couverts par Medicare. Dans le Maryland, les tarifications hospitalières sont réglementées par la Health Services Cost Review Commission (HSCRC). Concernant tous les hôpitaux Johns Hopkins, excepté Sibley Memorial Hospital et Johns Hopkins All Children's Hospital, le montant généralement facturé (AGB) est le montant établi par le HSCRC et est égal à la méthode prospective Medicare en vertu de la législation fiscale fédérale.

NOTICE RELATIVE À L'ASSISTANCE FINANCIERE POUR LES MEDECINS FOURNISSANT UNE NOTIFICATION DE SOINS

Sur chaque site internet de l'hôpital se trouve une liste des médecins qui fournissent des soins d'urgence et nécessaires tels que définis par la présente sur les sites de JHH, JHBMC, HCGH, SH, SMH et JHACH. Cette liste indique si un médecin ou praticien est couvert dans le cadre de la présente. Si le médecin n'est pas couvert dans le cadre de la présente, les patients doivent contacter le bureau du médecin afin de voir si le médecin en question offre une Assistance financière et, le cas échéant, les modalités d'Assistance financière du médecin. Les médecins employés par la Johns Hopkins School of Medicine et les médecins de la Johns Hopkins Community sont tenus de respecter les procédures indiquées par la présente.


Sous réserve de la législation en matière de recouvrement des créances médicales, mais sans se limiter au paragraphe 19-214.1 du Code des règlements du Maryland - Maryland Code of Regulations (Santé – Général). Johns Hopkins pourra déposer une réclamation à l'encontre de la succession du défunt et cette réclamation sera sujette aux lois applicables en matière de gestion du patrimoine et du droit de succession et des fiducies.

Johns Hopkins ne prendra pas de mesures, ni de saisies sur salaires ni de privilèges à l'encontre des patients. Les mesures que les hôpitaux Johns Hopkins peuvent prendre en cas de non-paiement sont décrites dans une politique de facturation et de recouvrement distincte (PFS046). Pour obtenir une copie gratuite de cette politique, veuillez prendre contact avec le Service à la clientèle au 1-855-662-3017 (appel non surtaxé) ou envoyer un e-mail: pfscs@jhmi.edu ou prendre rendez-vous avec un conseiller financier dans n'importe quel hôpital de Johns Hopkins.

Les demandes d'Assistance financière et l'assistance en cas de difficultés financières d'ordre médical peuvent être offertes aux patients dont les comptes sont confiés à une agence de recouvrement et ne s'appliqueront qu'aux comptes pour lesquels un jugement n'a pas été rendu, dans la mesure où d'autres exigences sont respectées. La procédure d'examen relative à l'Assistance financière doit prendre en compte les frais médicaux existants du patient ainsi que ses obligations (y compris les comptes en situation de non-recouvrement) et toute dépense médicale à venir.

III. PROCÉDURES

A. Services éligibles dans le cadre de la présente

 <p>FINANCE</p>	Johns Hopkins Medicine Manuel des Politiques d'Assistance financière, Général	Numéro de politique	PFS035
		Date effective	08/08/2022
	<i>Objet</i> Assistance financière	Page	3 sur 10
		Remplace	01/10/2021

1. L'Assistance financière n'est applicable qu'aux soins médicaux nécessaires tels que définis par la présente. L'Assistance financière n'est pas applicable aux services de confort, à une hospitalisation en chambre particulière ou à des soins esthétiques de confort. Si vous souhaitez savoir si une admission relève du «confort» ou d'une «nécessité», le médecin du patient doit être consulté et le cas doit être traité par le médecin-référent nommé par l'hôpital.

B. Éligibilité à l'Assistance financière

1. L'éligibilité à l'Assistance financière est envisagée pour les personnes dont les besoins médicaux ne sont pas couverts, mal couverts, inéligibles à un programme gouvernemental ou aux patients dans l'impossibilité de régler leurs frais, et ce pour des besoins médicaux, sur la base d'un besoin financier dans le cadre de la présente. L'octroi d'une assistance est fondé sur une détermination individualisée des besoins financiers et ne tient pas compte de l'origine ethnique, de la couleur, de l'ascendance ou de l'origine nationale, du sexe, de l'âge, de l'état civil, du statut social, du statut de citoyen, de l'orientation sexuelle, de l'identité sexuelle, des informations génétiques, de l'appartenance religieuse ou du handicap. L'Assistance financière est déterminée conformément aux procédures, à savoir dans le cadre d'une évaluation individuelle des besoins financiers, et peut:
 - a. Comprendre une procédure de demande au cours de laquelle le patient ou son garant doivent coopérer et fournir des informations personnelles, financières et autres ainsi que des documents idoines afin de déterminer le besoin financier
 - b. Comprendre le recours à des données externes publiquement accessibles qui fournissent des informations sur un patient ou son garant et leur capacité de paiement (à l'instar d'une cote de crédit)
 - c. Comprendre des efforts, dans la mesure du raisonnable, de la part de JHM afin de passer en revue d'autres sources de paiement et de couverture appropriées offertes par des programmes publics et privés, et d'aider alors les patients à déposer une demande dans le cadre de ces programmes
 - d. Prendre en compte les biens disponibles du patient et toute autre ressource financière disponible, et inclure un examen des comptes en souffrance pour des services antérieurs prodigués et l'historique de paiement du patient.


C. Méthode par laquelle les patients peuvent demander une Assistance financière

1. Il est recommandé, mais pas obligatoire, que la demande d'Assistance financière et l'évaluation des besoins financiers soient réalisés en amont de la fourniture des Soins médicaux nécessaires. Une copie de la demande est disponible en ligne sur [https:// www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing-insurance/assistance-services](https://www.hopkinsmedicine.org/patient_care/billing-insurance/assistance-services). Un exemplaire papier peut être envoyé sur demande en appelant le 1-855-662-3017 ou le 443-997-3370 (appel non surtaxé). Toutefois, l'évaluation peut avoir lieu à n'importe quel moment au cours du cycle de collecte. Le besoin d'une Assistance financière doit être réévalué par la suite dès lors que la dernière évaluation financière a été réalisée il y a plus d'un an, ou dès lors des informations pertinentes dans le cadre de l'éligibilité du patient à une Assistance financière sont communiquées.

D. Détermination de l'éligibilité à l'Assistance financière


La procédure suivante, en deux étapes, doit être respectée lorsqu'un patient ou son représentant demande une Assistance financière, une assistance médicale, ou les deux:

1. Première étape: Détermination d'éligibilité probable
 - a. Dans un délai de deux jours ouvrés à compter de la demande initiale d'Assistance financière, de la demande d'Assistance médicale, ou des deux, les hôpitaux doivent: (1) se prononcer sur l'éligibilité probable, et (2) communiquer leur décision au patient et/ou au représentant du patient. Pour se prononcer sur l'éligibilité probable du patient, ce dernier ou son représentant doit fournir des informations concernant la composition de sa famille, son assurance et ses revenus. La détermination d'éligibilité probable se fait uniquement sur la base de ces informations. Aucun formulaire de demande, de vérification, aucun document d'éligibilité n'est demandé ou requis pour la détermination d'éligibilité probable.
2. Deuxième étape: Détermination finale d'éligibilité
 - a. À la suite de la détermination d'éligibilité probable, les hôpitaux prennent une décision finale relative à l'éligibilité à l'Assistance financière sur la base des revenus, de la composition de la famille et des ressources disponibles. Tous les recours d'assurance doivent avoir été épuisés. Toutes les ressources financières doivent être évaluées afin de prendre une décision finale d'éligibilité.


<p>FINANCE</p>  <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p>	<p>Johns Hopkins Medicine</p> <p>Manuel des Politiques d'Assistance financière, Général</p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>PFS035</p>
		<p>Date effective</p>	<p>08/08/2022</p>
	<p><i>Objet</i></p> <p>Assistance financière</p>	<p>Page</p>	<p>4 sur 10</p>
		<p>Remplace</p>	<p>01/10/2021</p>

Cela comprend les ressources d'autres personnes ou entités et qui ont une responsabilité juridique vis-à-vis du patient. Ces parties doivent être considérées comme des garants aux fins de la présente. Les patients possédant un visa de voyage actif peuvent devoir fournir des informations supplémentaires concernant leur lieu de résidence et les ressources financières disponibles avant que leur éligibilité soit déterminée.

- b. Sauf mesure contraire indiquée par la présente, le patient doit remplir la demande d'Assistance financière Johns Hopkins Medicine. Le patient doit également communiquer une Notification d'octroi d'assistance médicale (le cas échéant), des preuves raisonnables attestant des dépenses déclarées, des documents adéquats et, en cas de chômage, des preuves raisonnables du statut de chômeur comme une déclaration du Bureau de l'assurance chômage ou une déclaration de la source actuelle de revenus.
- c. Le patient/garant doit identifier toutes les sources de revenus sur une base mensuelle et annuelle (en prenant en compte les emplois saisonniers et les augmentations et/ou diminutions temporaires de revenus) du patient/garant. En outre, des informations courantes doivent être fournies concernant les dépenses et les revenus commerciaux. Si les revenus et les dépenses du moment ne sont pas connus, la déclaration d'impôt de l'année dernière (1040) et le Schedule C doivent être fournis. Exemples de sources de revenus:
 - i. Revenus du salaire
 - ii. Prestations de retraite et de pension
 - iii. Revenus ou prestations provenant d'un travail indépendant
 - iv. Pension alimentaire
 - v. Allocation pour enfant à charge
 - vi. Allocation pour famille de militaire
 - vii. Assistance publique
 - viii. Pension
 - ix. Sécurité sociale
 - x. Prestations de grève
 - xi. Compensation chômage
 - xii. Compensation en cas d'arrêt maladie
 - xiii. Prestations pour anciens combattants
 - xiv. Autres sources, comme des revenus et des dividendes, des revenus et intérêts de la propriété locative.
- d. Un demandeur qui est éligible à une couverture d'assurance par l'intermédiaire d'un Plan Santé Reconnu ou qui peut être éligible à l'Assistance médicale, doit faire une demande de Plan Santé Reconnu ou d'Assistance médicale et coopérer intégralement, sauf si le représentant financier peut prouver que le patient ne répond pas aux critères d'éligibilité. Lorsqu'une demande d'Assistance financière est en attente, le patient est considéré comme provisoirement couvert par l'Assistance médicale et n'est pas tenu de remplir la Demande unique d'Assistance financière du Maryland. Si la demande du patient d'Assistance médicale est refusée, celui-ci doit alors compléter la Demande unique d'Assistance financière du Maryland.
- e. JHM se base sur les revenus du foyer et les dernières lignes directrices fédérales en matière de pauvreté afin de déterminer l'éligibilité du patient à une Assistance financière.
 - i. Les patients sont éligibles à l'Assistance financière si le revenu maximum (défini par les réglementations Medicaid) de la famille (mari et femme, couples de même sexe) n'est pas supérieur au niveau de revenus standard (indiqué dans les lignes directrices fédérales) et qu'ils ne possèdent pas de liquidités d'un montant supérieur à 10 000 \$, qui pourraient permettre de régler leurs factures pour JHM.
 - ii. Les Lignes directrices fédérales (FPL en anglais) sont mises à jour chaque année par le Ministère américain de la Santé.
 - iii. Si les revenus du foyer du patient sont au niveau/en-deçà du niveau des montants ci-après mentionnés, l'Assistance financière est accordée sous forme de soins gratuits (un ajustement à 35 – 75 %) ou sous forme de soins à coût réduit (frais initiaux ou soldes restants dûs). Les ajustements sont définis comme suit:
 - Revenus du foyer jusqu'à 200% des FPL Ajustement de 100%
 - Revenus du foyer compris entre 201% et 250% des FPL Ajustement de 75%
 - Revenus du foyer compris entre 251% et 300% des FPL Ajustement de 50%

 <p>FINANCE</p>	Johns Hopkins Medicine Manuel des Politiques d'Assistance financière, Général	Numéro de politique	PFS035
		Date effective	08/08/2022
	<i>Objet</i> Assistance financière	Page	5 sur 10
		Remplace	01/10/2021


- Revenus du foyer compris entre 301% et 400% des FPL Ajustement de 35%
 - f. Les patients qui ont directement obtenu une Assistance financière auprès de l'un des fournisseurs dans le cadre de la présente ne sont pas tenus de déposer une nouvelle demande et sont considérés comme éligibles.
 - g. Le patient/garant est informé par écrit de la décision finale d'éligibilité à l'Assistance financière, accompagnée d'une brève explication, et le patient/garant est informé du droit de faire appel de toute décision finale d'éligibilité à l'Assistance financière. L'Unité d'éducation et de défense de la santé de l'administration des assurances du Maryland est à la disposition du patient/garant ou du représentant autorisé du patient pour l'assistance à déposer un appel et à servir de médiateur. La lettre de détermination écrite doit contenir l'adresse, le numéro de téléphone, le numéro de télécopie, l'adresse électronique, l'adresse postale et le site web de l'Unité d'éducation et de défense de la santé.
 - i. Health Education and Advocacy Unit
200 St. Paul Street
Baltimore, MD 21202
N° de téléphone: (410) 528-1840, appel non surtaxé: 1-877-261-8807
N° de fax: (410) 576-6571
<https://www.marylandattorneygeneral.gov/Pages/CPD/HEAU/default.aspx>
 - h. Toutes les informations récoltées auprès de patients et des membres de la famille seront traitées de manière confidentielle. Des garanties concernant la confidentialité des informations du patient sont fournies aux patients par écrit et par oral.
 - i. Une fois que la demande du patient est approuvée, l'Assistance financière prend effet à compter du mois où la décision a été rendue et court pour les six (6) mois civils qui suivent.
 - j. Une fois que la demande du patient est approuvée, en cas de créance due après prise en compte de l'Assistance financière, le patient se voit proposer un plan de paiement. Tout plan de paiement mis en place dans le cadre de la présente ne doit généralement pas excéder deux ans. En cas de circonstances exceptionnelles, et après autorisation du responsable désigné, un plan de paiement peut être prolongé.
 - k. Si un département fonctionne dans le cadre de programmes de subventions ou relève d'une autorité étatique extérieure (par ex, en psychiatrie), il peut continuer à recourir à une procédure de demande d'assistance gouvernementale et une échelle gouvernementale d'évaluation des revenus pour déterminer une éligibilité à des services spécifiques.
 - l. Les patients qui indiquent être au chômage et ne pas avoir de couverture médicale sont tenus de soumettre une Demande d'Assistance financière sauf s'ils répondent aux critères d'Éligibilité présumée à une Assistance financière. Si un patient est éligible à la couverture COBRA, sa capacité financière à payer les primes d'assurance COBRA doit être examinée par le Conseiller financier et des recommandations doivent être faites au Comité d'évaluation de l'Assistance financière. Les personnes en capacité financière de se munir d'une couverture santé sont encouragées à le faire afin de s'assurer un accès aux soins de santé et pour leur santé en général.
 - m. Les patients qui bénéficient d'une couverture dans le cadre d'un Plan de Santé Reconnu et demandent de l'assistance pour faire face à des dépenses directes (copaiements et franchises) liées à des soins médicaux nécessaires doivent déposer une Demande d'Assistance financière.
 - n. Si un compte patient a été confié à un organisme de recouvrement, et que le patient/garant demande une Assistance financière ou semble éligible à une Assistance financière, l'organisme de recouvrement doit notifier le Département Responsable du cycle des recettes et doit communiquer au patient/garant une demande d'Assistance financière accompagnée d'instructions concernant le retour de la demande dûment complétée pour examen et décision. Le compte doit alors être placé en suspens pour une durée de 45 jours dans l'attente de nouvelles instructions.
 - o. Les services fournis aux patients enregistrés dans le cadre du Voluntary Self Pay (littéralement: paiement volontaire par la personne; décision prise de ne pas être couvert par une assurance) ne sont pas éligibles à une Assistance financière.
 - p. Le Vice-président du Département responsable du Cycle des Recettes ou son représentant peut établir des exceptions sur la base de circonstances individuelles.
- E. Éligibilité présumée à l'Assistance financière

 <p>FINANCE</p>	Johns Hopkins Medicine Manuel des Politiques d'Assistance financière, Général	Numéro de politique	PFS035
		Date effective	08/08/2022
	<i>Objet</i> Assistance financière	Page	6 sur 10
		Remplace	01/10/2021


1. Certains patients sont présumés éligibles à des réductions dans le cadre de l'Assistance financière sur la base de leur situation personnelle. Les patients qui bénéficient de programmes de services sociaux soumis à des conditions de ressources sont considérés éligibles aux soins gratuits après avoir complété une demande d'Assistance financière et après avoir fourni une preuve d'inscription dans un délai de 30 jours (30 jours supplémentaires autorisés sur demande):
 - a. Ménages avec enfants dans le cadre du programme de repas gratuits ou réduits
 - b. Programme d'assistance nutritionnelle (SNAP)
 - c. Programme d'assistance à l'énergie pour les personnes à faibles revenus
 - d. Femmes, nourrissons et enfants (WIC)
 - e. Autres programmes de services sociaux sous condition de ressources jugés éligibles aux politiques de soins gratuits par le Ministère de la Santé et la Health Services Cost Review Commission (HSCRC), conformément au règlement de la HSCRC COMAR 10.37.10.26
2. L'éligibilité présumée à l'Assistance financière est accordée dans les circonstances suivantes, sans qu'il soit nécessaire de remplir une demande d'Assistance financière, mais avec une preuve ou une vérification de la situation décrite:
 - a. Un patient ayant une couverture Active Medical Assistance Pharmacy
 - b. Une couverture pour les bénéficiaires qualifiés de Medicare (QMB)/bénéficiaires de Medicare à revenus faibles
 - c. Les patients du Maryland Public Health System Emergency Petition
 - d. Un patient décédé sans posséder de patrimoine immobilier connu
 - e. Un patient considéré comme sans-abri
 - f. Un patient qui bénéficie d'un barème d'honoraires dégressifs ou d'une Assistance financière d'un Centre de Santé fédéral Reconnu ou d'un service de santé de la ville ou du comté
 - g. Assistance médicale et soins gérés par Medicaid aux patients pour les services fournis aux urgences au-delà de la couverture de ces programmes
 - h. Les mères travaillant au Ministère de la santé - pour les consultations externes non urgentes non couvertes par l'Assistance médicale
 - i. Les personnes actives inscrites au Chase Brexton Health Center
 - j. Les personnes actives inscrites au programme Healthy Howard
 - k. Un patient qui a été référé à SH par un programme local (Catholic Charities, Mobile Med, Inc., Montgomery County Cancer Crusade, Montgomery Cares, Primary Care Coalition, Project Access et Proyecto Salud) qui s'est associé à SH pour donner accès aux soins hospitaliers et ambulatoires aux patients à faible revenu non assurés.
3. L'éligibilité présumée à l'Assistance financière n'est accordée que pour les services courants et les comptes passés - elle ne s'étend pas aux services futurs.
4. JHM se base sur les revenus du foyer et les dernières lignes directrices fédérales en matière de pauvreté afin de déterminer l'éligibilité du patient à une Assistance financière.
 - a. Les Lignes directrices fédérales (FPL en anglais) sont mises à jour chaque année par le Ministère américain de la Santé.
 - b. Si les revenus du foyer du patient sont au niveau/en-deçà du niveau des montants ci-après mentionnés, l'Assistance financière est accordée sous forme de soins gratuits (un ajustement à 100%) ou sous forme de soins à coût réduit (ajustements de 35%-75%) par rapport à leur compte JHM. Les ajustements sont définis comme suit:
 - i. Revenus du foyer jusqu'à 200% des FPL Ajustement de 100%
 - ii. Revenus du foyer compris entre 201% et 250% des FPL Ajustement de 75%
 - iii. Revenus du foyer compris entre 251% et 300% des FPL Ajustement de 50%
 - iv. Revenus du foyer compris entre 301% et 400% des FPL Ajustement de 35%

F. Assistance en cas de difficultés financières d'ordre médical

1. Les patients qui sont éligibles à l'Assistance financière, mais qui sont réputés avoir éprouvé des difficultés financières d'ordre médical peuvent être éligibles à l'Assistance financière. JHM fournit des soins médicaux nécessaires à coût réduit aux patients dont le revenu familial est supérieur à 400 % des FPL mais inférieur à 500 % du niveau de pauvreté fédéral.

	Johns Hopkins Medicine Manuel des Politiques d'Assistance financière, Général	Numéro de politique	PFS035
		Date effective	08/08/2022
	<i>Objet</i> Assistance financière	Page	7 sur 10
		Remplace	01/10/2021

2. Par difficultés financières d'ordre médical, on entend une dette médicale pour des soins médicaux nécessaires contractée par une famille sur une période de 12 mois et qui dépasse 25 % du revenu familial. La dette médicale est définie comme les dépenses pour les soins médicaux nécessaires facturés par un hôpital de Johns Hopkins ainsi que ceux fournis par les fournisseurs de Johns Hopkins, les dépenses mentionnées ci-dessus ne comprennent pas les co-paiements, la coassurance et les franchises, à moins que le niveau du patient soit en-dessous de 200% par rapport aux Lignes directrices fédérales sur la pauvreté. Les patients dont le revenu familial s'élève jusqu'à 500 % des FPL et qui éprouvent des difficultés financières bénéficient d'un ajustement de 25 %.
 3. Facteurs pris en compte dans l'octroi d'une Assistance financière en cas de difficulté financière d'ordre médical:
 - a. Dette médicale contractée au cours des douze (12) mois précédant la date de demande d'Assistance financière dans le cadre de difficultés financières d'ordre médical auprès de l'établissement Hopkins concerné
 - b. Actifs liquides (montant résiduel de 10 000 \$)
 - c. Revenu familial au cours des douze (12) mois civils qui précèdent la date de Demande d'Assistance financière
 - d. Documents justificatifs.
 4. Une fois qu'un patient est déclaré éligible à l'Assistance financière médicale, la couverture prend effet le mois au cours duquel le premier service éligible est prodigué et court sur douze (12) mois civils. Elle couvre les membres de la famille immédiate du patient, ceux qui résident dans le même foyer. Le patient et les membres de sa famille immédiate demeurent éligibles à des soins de santé nécessaires à coût réduit par la suite, auprès des hôpitaux Johns Hopkins, conformément à la présente, et ce pour une durée de douze (12) mois civils à compter de la date à laquelle les soins médicaux nécessaires à coût réduit ont été initialement prodigués. La couverture n'est pas applicable aux Admissions facultatives ou à certaines procédures facultatives/de soins esthétiques. Toutefois, le patient ou sa famille immédiate résidant dans le même ménage doivent notifier l'hôpital de leur éligibilité à des soins médicaux nécessaires à coût réduit lors de leur enregistrement ou admission.
 5. Si le patient bénéficie d'un pourcentage spécifique en raison de difficultés financières d'ordre médical, il est recommandé qu'il procède à un paiement pour indiquer sa bonne foi dès le début de la période couverte par l'Assistance financière médicale. Sur demande d'un patient non assuré et dont les revenus correspondent au niveau prévu par les Lignes Directrice relatives aux revenus ouvrant droit à une Assistance financière, JHHS doit proposer au patient un plan de paiement.
 6. Tout plan de paiement mis en place dans le cadre de la présente ne doit généralement pas excéder deux ans. En cas de circonstances exceptionnelles, et après autorisation du responsable désigné, un plan de paiement peut être prolongé.
 7. Pour les patients éligibles à des soins à coût réduit du fait qu'ils répondent aux critères de l'Assistance financière et qui correspondent aux Lignes Directrices relatives à l'Assistance financière en cas de difficulté d'ordre médical, JHM doit appliquer la réduction de frais la plus favorable au patient.
- G. Notification de politique d'Assistance financière, éducation des patients, communication et sensibilisation
1. Une notification individuelle concernant la politique d'Assistance financière de l'hôpital doit être fournie au moment de la pré-admission ou de l'admission de chaque personne souhaitant bénéficier de services de l'hôpital. JHM doit prendre en compte les éventuels problèmes financiers du patient ou de sa famille.
 2. Les hôpitaux Johns Hopkins doivent communiquer sur leur politique d'Assistance financière sur une base annuelle en publiant une notification concernant ladite politique dans un journal à grand tirage dans les juridictions dont il relève. Ladite notification doit être dans un format compréhensible des populations qui habitent la zone de service.
 3. La Notification aux Patients relative à la possibilité de bénéficier d'une Assistance financière doit être diffusée sur les sites d'enregistrement, d'admissions/bureaux d'affaires, services de facturation et aux urgences de chaque établissement. Une notification doit être affichée sur le site internet de chaque hôpital, la politique doit être mentionnée par oral et doit être envoyée aux patients avec leurs factures. Une copie de la politique d'Assistance financière doit être affichée sur le site internet de chaque établissement et doit être fournie sur demande.
 4. Une notification individuelle relative à la possibilité de bénéficier d'une Assistance financière dans le cadre de la présente doit également être fournie aux patients d'un service d'obstétrique se présentant dans les hôpitaux dans le cadre de la présente, lors des campagnes de sensibilisation auprès de la communauté, dans les services de pré-natalité, de pré-admission ou d'admission.


	Johns Hopkins Medicine Manuel des Politiques d'Assistance financière, Général	Numéro de politique	PFS035
		Date effective	08/08/2022
	<i>Objet</i> Assistance financière	Page	8 sur 10
		Remplace	01/10/2021

5. Un Document relatif à la Facturation client et à l'Assistance financière doit être remis aux patients avant la planification des soins médicaux à l'hôpital, avant la sortie du patient, avec la facture de l'hôpital et ce document doit être mis à disposition des patients sur demande.
 6. Un résumé en langage simple de la présente politique doit être affiché sur le site internet de JHM et doit être mis à disposition de tous les patients.
- H. Éligibilité à posteriori
1. Si les hôpitaux se rendent compte que le patient était éligible à des soins gratuits à une date spécifique du service (en prenant en compte les normes d'éligibilité applicables à la date du service) et que cette date spécifique se situe dans un délai de deux (2) ans par rapport à cette réalisation, le patient doit se voir rembourser les montants les sommes versées par le patient/garant supérieures à vingt-cinq dollars (25 \$).
 2. Si les documents hospitaliers mettent en avant un manque de coopération du patient/garant lors de la fourniture d'informations servant à déterminer son éligibilité à des soins gratuits, la période de deux (2) ans peut être réduite à trente (30) jours à compter de la date à laquelle la demande initiale d'informations a été faite.
 3. Si le patient bénéficie d'un plan de santé gouvernemental soumis à conditions de revenus qui prévoit que le patient règle les services hospitaliers, alors le patient ou le garant ne peut se voir rembourser quelque somme que ce soit car cela aurait pour conséquence de lui faire perdre son éligibilité financière à une couverture santé.


IV. DÉFINITIONS

Aux fins de la présente politique, les termes ci-dessous sont définis comme suit:

Dettes médicales	Les dettes médicales sont définies comme des dépenses directes pour les frais médicaux résultant de soins médicaux nécessaires facturés par un hôpital de Johns Hopkins ou un fournisseur de Johns Hopkins couvert par cette police. Les frais remboursables ne comprennent pas les copaiements, la coassurance et les franchises. La dette médicale ne comprend pas les factures d'hôpital ou de médecin pour lesquelles le patient a choisi de s'inscrire comme Voluntary Self Pay (renonciation à la couverture d'assurance, ou facturation d'assurance).
Actifs liquides	Espèces, titres, billets à ordre, actions, obligations, bons d'épargne américains, comptes chèques, comptes d'épargne, fonds communs de placement, certificats de dépôt, polices d'assurance-vie avec valeur de rachat, comptes à recevoir, prestations de retraite ou autres biens immédiatement convertibles en espèces. Une sphère de sécurité de 150 000 dollars en capitaux propres dans la résidence du patient n'est pas considérée comme un actif convertible en espèces. Un véhicule à moteur utilisé pour les besoins de transport du patient ou de tout membre de sa famille. n'est pas considéré comme un actif convertible en espèces. Le capital de tout autre bien immobilier est sujet à liquidation. Les actifs liquides n'incluent pas les actifs de retraite auxquels l'Internal Revenue Service a accordé un traitement fiscal préférentiel en tant que compte de retraite, y compris, mais sans s'y limiter, les plans de rémunération différée qualifiés en vertu du Code des revenus internes ou les plans de rémunération différée non qualifiés. Les ressources exclues dans la détermination de l'éligibilité financière au titre du programme d'assistance médicale en vertu de la loi sur la sécurité sociale ne sont pas considérées comme des actifs convertibles en espèces. Les fonds d'enseignement supérieur prépayés sur le compte du programme 529 du Maryland ne sont pas considérés comme des actifs convertibles en espèces. Les actifs monétaires exclus de la détermination des actifs liquides doivent être ajustés chaque année en fonction de l'inflation conformément à l'indice des prix à la consommation.
Admission facultative	Une admission à l'hôpital pour le traitement d'un état médical qui n'est pas considéré comme un état médical d'urgence.
Famille immédiate	Si un patient est mineur, un membre de la famille immédiate se définit comme la mère, le père, les frères et sœurs non mariés, enfants naturels ou adoptés qui résident au sein du même foyer. Si un patient est un adulte, la famille immédiate se définit comme l'époux/épouse ou les enfants mineurs naturels ou adoptés non mariés qui résident au sein du même foyer.

<p>FINANCE</p>  <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p>	<p>Johns Hopkins Medicine</p> <p>Manuel des Politiques d'Assistance financière,</p> <p>Général</p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>PFS035</p>
		<p>Date effective</p>	<p>08/08/2022</p>
	<p><i>Objet</i></p> <p>Assistance financière</p>	<p>Page</p>	<p>9 sur 10</p>
		<p>Remplace</p>	<p>01/10/2021</p>

État médical d'urgence	<p>symptômes aigus ou autres symptômes aigus tels que l'on pourrait raisonnablement s'attendre à ce que l'absence de soins médicaux immédiats entraîne l'un des effets suivants:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Une sérieuse mise en danger de la santé d'un patient; 2. Une altération grave de toute fonction corporelle; 3. Un dysfonctionnement grave de tout organe ou partie du corps. 4. Concernant une femme enceinte: <ol style="list-style-type: none"> a. Qu'il n'y a pas assez de temps pour effectuer un transfert en toute sécurité vers un autre hôpital avant l'accouchement. b. Qu'un transfert peut constituer une menace pour la santé et la sécurité de la patiente ou du fœtus. c. Qu'il existe des preuves de l'apparition et de la persistance de contractions utérines ou de la rupture des membranes.
Services et soins d'urgence	<p>Examen médical préalable, examen et évaluation par un médecin ou, dans la mesure où la loi applicable le permet, par un autre membre du personnel approprié sous la supervision d'un médecin, pour déterminer s'il existe un état médical d'urgence et, le cas échéant, les soins, le traitement ou la chirurgie par un médecin qui sont nécessaires pour soulager ou éliminer l'état médical d'urgence, dans les limites de la capacité de service de l'hôpital.</p>
Soins médicaux nécessaires	<p>Traitement médical nécessaire pour traiter un problème médical d'urgence. Les soins médicaux nécessaires aux fins de la présente politique ne comprennent pas les interventions non urgentes ou esthétiques.</p>
Admission médicale nécessaire	<p>Une admission à l'hôpital pour le traitement d'un état médical d'urgence.</p>
Revenu familial	<p>Les salaires, les traitements, les gains, les pourboires, les intérêts, les dividendes, les distributions de la société, les revenus locatifs, les revenus de retraite ou de pension, les prestations de sécurité sociale et autres revenus du patient et/ou de la partie responsable, tels que définis par l'Internal Revenue Service, pour tous les membres de la famille immédiate résidant dans le ménage. La taille du ménage familial est utilisée pour déterminer le revenu familial du patient.</p>
Taille du ménage familial	<p>Taille du ménage qui comprend le patient et, au minimum, les personnes suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un conjoint, que le patient et son conjoint prévoient ou non de remplir une déclaration d'impôt fédérale ou d'État commune; 2. Les enfants biologiques, les enfants adoptés ou les beaux-enfants; et 3. Toute personne pour laquelle le patient demande une exemption personnelle dans une déclaration d'impôt fédéral ou d'État. <p>Lorsque le patient est un enfant, la taille du ménage doit être constituée de l'enfant et des personnes suivantes:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Les parents biologiques, les parents adoptifs, ou les beaux-parents ou tuteurs; 2. Les frères et sœurs biologiques, les frères et sœurs adoptifs, ou les demi-frères et sœurs par alliance; et 3. Toute personne pour laquelle les parents ou tuteurs du patient demandent une exemption personnelle dans une déclaration d'impôt fédéral ou d'État.
Documents justificatifs	<p>Talons de paie; W-2; 1099; indemnisation des accidents du travail; lettres de sécurité sociale ou d'indemnité d'invalidité; relevés bancaires ou de courtage; déclarations d'impôt; polices d'assurance-vie; évaluations immobilières et rapports des bureaux de crédit; explication des prestations à l'appui de la dette médicale.</p>
Plan Santé Reconnu	<p>En vertu de la Loi sur les soins abordables, à compter de 2014, un régime d'assurance certifié par le Marché de l'assurance-maladie, qui offre des prestations de santé essentielles, respecte des limites établies pour le partage des coûts (comme les franchises, les copaiements et les montants maximaux à déboursier) et satisfait à d'autres exigences. Un régime d'assurance-maladie reconnu doit être certifié sur chaque marché où il est vendu.</p>

<p>FINANCE</p>  <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE</p>	<p>Johns Hopkins Medicine Manuel des Politiques d'Assistance financière, Général</p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>PFS035</p>
		<p>Date effective</p>	<p>08/08/2022</p>
	<p><i>Objet</i> Assistance financière</p>	<p>Page</p>	<p>10 sur 10</p>
		<p>Remplace</p>	<p>01/10/2021</p>

V. RÉFÉRENCE

Manuel des politiques et procédures financières de JHHS

- Politique n° PFS120 - Pouvoir de signature: Services financiers aux patients
- Politique n° PFS034 - Paiements échelonnés
- Politique n° PFS046 - Recouvrement par autopaiement

Soins de charité et créances irrécouvrables, Guide de vérification des soins de santé de l'AICPA

Code of Maryland Regulations COMAR 10.37.10.26, et seq

Maryland Code Health General 19-214

Federal Poverty Guidelines (Mis à jour chaque année) dans le Registre fédéral

VI. COMMANDITAIRE

- VP, Gestion du cycle des recettes (JHHS)
- Directeur, Opérations PFS (JHHS)

VII. CYCLE DE RÉVISION

Deux (2) ans

VIII. APPROBATION

Historique des révisions:

- 19/3/21 - Informations de contact complémentaires de l'Unité de défense de la santé
- 15/5/23 - Mise à jour du titre et du lien relatifs à l'Unité d'éducation et de défense de la santé Retrait de la langue «Maryland Insurance Administration».

Signature(s) électronique(s)	Date
-------------------------------------	-------------

Annexe A: DISPOSITIONS DE SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNIQUEMENT) RELATIVES À L'ASSISTANCE FINANCIÈRE SPÉCIFIQUES AUX RÉGLEMENTATIONS DU DC

ANNEXE A

SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNIQUEMENT)

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSISTANCE FINANCIÈRE SPÉCIFIQUES AUX RÉGLEMENTATIONS DU DC

OBJECTIF:

L'objectif de la présente ANNEXE est de couvrir par écrit les dispositions complémentaires applicables à Sibley Memorial Hospital afin de répondre aux exigences du District de Columbia en matière de Soins non compensés, ainsi que prévus au Point 22, Chapitre 44 des Réglementations Municipales du DC. Pour les patients qui ne répondent pas aux critères d'éligibilité ouvrant droit à des Soins non compensés, Sibley Memorial Hospital (SMH) s'engage à fournir une Assistance financière en appliquant une échelle dégressive à l'ensemble des frais, conformément à la Politique PFS035.

POLITIQUE:

SMH s'engage à fournir les efforts nécessaires afin de fournir des services non compensés conformes au niveau annuel de conformité requis dans le cadre de la section 4404 du Chapitre 44 des Réglementations Municipales du District de Columbia, Point 22 «Offre de Soins non compensés.»

En aucun cas, SMH ne peut refuser des soins d'urgence à une personne qui serait dans l'impossibilité de régler ces frais. SMH peut renvoyer une personne ayant bénéficié de soins d'urgence ou peut transférer cette personne dans un autre établissement, si le personnel médical juge la décision raisonnable, qu'une telle mesure est appropriée d'un point de vue clinique et dans l'intérêt du patient et de l'hôpital.

SMH s'engage à fournir des Soins non compensés conformément à la Section 4400.2 du Chapitre 44 des Réglementations municipales du District de Columbia, Point 22 «Soins non compensés», aux personnes éligibles. Les Soins non compensés sont prodigués sur la base des règles ou obligations contractuelles existant entre Sibley et le Gouvernement du District de Columbia, et ce quelle que soit la valeur en dollar la plus élevée générée

Les Soins non compensés sont définis par le droit applicable aux certificats de besoins (Code du DC 44-401 section relative aux définitions). Le droit définit les Soins non compensés comme le coût des services de santé prodigués à des patients pour lesquels l'établissement de santé ne perçoit pas de paiement. Les termes «Soins non compensés» comprennent les créances non recouvrables et les soins de charité, mais ne comprennent pas les indemnités contractuelles.

Les créances non recouvrables désignent une somme due pour des services médicaux fournis par l'hôpital, un médecin à un patient mais qui est considérée comme ne pouvant être perçue, et ce malgré des efforts jugés raisonnables pour ce faire; absence d'obligation de la part d'une quelconque instance fédérale, étatique ou locale. Les termes créances non recouvrables ne comprennent pas les soins de charité.

Les soins de charité désignent les services prodigués par l'hôpital, un médecin à des personnes dans l'incapacité de s'acquitter des frais liés à ces services, notamment les personnes à faibles revenus, les personnes non assurées ou mal assurées. Les soins de charité excluent les services jugés comme dus à une créance non recouvrable ou relevant d'une créance non recouvrable.

CRITÈRES D'ÉLIGIBILITÉ DES SOINS NON COMPENSÉS

Une personne est éligible à des Soins non compensés si la personne en question est dans l'impossibilité de régler les frais médicaux et répond aux critères suivants:

1. La personne n'est pas couverte, ou bénéficie de services qui ne sont pas couverts, dans le cadre d'un programme mis en place par le gouvernement ou une compagnie d'assurance;

2. La personne perçoit des revenus annuels ou familiaux n'excédant pas 200 % du Niveau de pauvreté tel que défini au niveau fédéral (FPL en anglais); et
3. La personne demande à bénéficier de services.

L'éligibilité financière à des Soins non compensés est calculée par le biais de l'une de ces méthodes:

1. Revenus individuels ou familiaux de la personne multipliés par quatre (4), comme applicable, au cours des trois (3) mois qui précèdent la demande de Soins non compensés; ou
2. Revenus individuels ou familiaux de la personne, comme applicable, au cours des trois (12) mois qui précèdent la demande de Soins non compensés.

MONTANTS GÉNÉRALEMENT FACTURÉS

Les montants généralement facturés aux personnes couvertes par une assurance (montants dits «AGB») sont calculés avec la méthode «rétrospective» qui est définie par l'ensemble des demandes de remboursement des soins médicaux d'urgence/nécessaires qui ont été réglés dans leur intégralité à l'hôpital par Medicare et l'ensemble des assurances santé privées ainsi que par les payeurs initiaux de ces demandes de remboursement. La méthode prend systématiquement en compte les sommes versées à l'hôpital sous forme de coassurance ou de franchises. SMH calcule le(s) pourcentage(s) d'AGB, au moins annuellement, en passant en revue l'ensemble des demandes de remboursement réglées dans leur intégralité au cours des 12 mois qui précèdent. Une fois déterminé(s), le(s) pourcentage(s) AGB est/sont appliqué(s) au plus tard 45 jours après la fin de la période de 12 mois.

Les personnes éligibles à une Assistance financière ne sont pas tenues de régler, pour des soins médicaux d'urgence/nécessaires, une somme supérieure aux sommes généralement facturées aux personnes qui bénéficient d'une couverture pour les soins en question.

SOINS NON COMPENSÉS: CRITÈRE ANNUEL

Dans le cadre de la présente politique et de l'ANNEXE, les Soins non compensés devant être prodigués à SMH doivent être calculés comme suit: Niveau annuel de conformité:

1. Un montant qui ne peut être inférieur à trois (3 %) pour cent des frais annuels de fonctionnement de SMH, moins le montant des remboursements perçus au titre des Points XVIII et XIX du Social Security Act (Medicaid et Medicare), sans prise en compte des indemnités contractuelles. En outre, SMH s'engage à respecter ses obligations en matière de Soins non compensés conformément à la Loi applicable relative à un CON (Certificat des besoins) antérieur.
2. Si SMH n'est pas en mesure au cours d'une quelconque année fiscale de répondre à ses obligations en matière de Soins non compensés, il s'engage à fournir des Soins non compensés dans une proportion correspondante afin de compenser les Soins non compensés non dispensés l'année précédente/les années précédentes. Cette mesure est conforme au plan de conformité approuvé par l'Agence de l'État pour la Planification et le Développement médical (ci-après SHPDA, en anglais) et doit être appliquée dans un délai de trois (3) ans à compter de l'année où SMH n'a pas répondu à ses obligations.
3. Si SMH fournit des Soins non compensés au cours d'une année fiscale, et ce de façon excédentaire par rapport à son niveau annuel de conformité, SMH peut demander au Directeur de transformer les sommes excédentaires en crédit visant à combler un déficit existant ou son niveau annuel de conformité pour toute année fiscale antérieure. Pour être éligible à un crédit, la valeur excédentaire en dollar supérieure au niveau annuel de conformité doit avoir été perçue conformément aux exigences énoncées au présent chapitre.

COMMUNICATION PAR ÉCRIT DE L'ÉLIGIBILITÉ À DES SOINS NON COMPENSÉS

1. En cas d'éligibilité à des Soins non compensés, ainsi que déterminée par SMH, ce dernier communique par écrit sa décision à toute personne faisant une demande de tels soins. Une notification est communiquée en personne au moment de la demande de Soins non compensés ou par courrier à l'adresse fournie par la personne ayant fait la demande. Si la personne n'est pas disponible pour être notifiée en personne et ne dispose d'aucune adresse, SMH peut afficher dans ses locaux, dans un lieu accessible au public, une notification indiquant que le statut d'éligibilité de la personne est disponible auprès de l'administration de Sibley.
 1. Le Vice-président/Responsable financier est chargé de l'application de la présente politique. Il/elle s'engage à mettre en place un plan d'allocation qui réponde aux exigences prévues par les réglementations et surveille son application.

- Le Vice-président/Responsable financier prépare un rapport pour la SHPDA dans un délai de 120 jours au terme de chaque année fiscale. Les documents qui étayent la décision prise par Sibley sont mis à disposition du public et transmis à la SHPDA. Ces documents doivent être conservés par le Vice-président/Responsable financier pendant cinq (5) ans à compter de la date de la dernière entrée de l'année fiscale en cours. Le Président et le Trésorier du Conseil d'administration sont tenus informés de façon régulière du respect de la présente politique par Sibley.
2. Si une demande est soumise avant que le service soit fourni, SMH se prononce sur l'éligibilité à des Soins non compensés dans un délai de cinq (5) jours ouvrés à compter de la demande complète pour un service en ambulatoire ou avant la sortie du patient du service dans lequel il est admis. Si la demande est soumise après que des services ambulatoires ont été prodigués par SMH ou après la sortie d'un patient, SMH doit se prononcer sur son éligibilité avant le terme du prochain cycle de facturation. Normalement, la notification est rendue dans les 5 jours qui suivent la réunion prévue du Comité Communautaire d'Assistance. SMH peut émettre une notification d'éligibilité conditionnelle. Une telle notification doit indiquer les conditions devant être remplies par la personne ayant fait la demande de Soins non compensés afin d'être éligible.
 3. Chaque notification écrite relative à une demande de Soins non compensés doit être communiquée promptement au demandeur. Chaque notification d'éligibilité à des Soins non compensés doit indiquer:
 1. Que SMH fournira, fournira sous conditions, ou ne fournira pas de Soins non compensés;
 2. Que les Soins non compensés n'engendreront aucun frais;
 3. La date à laquelle la demande a été faite;
 4. La date à laquelle la décision a été prise;
 5. Les revenus annuels de la personne ou de sa famille, comme applicable, et la composition de la famille de la personne ayant déposé la demande de Soins non compensés;
 6. La date à laquelle les services ont été, ou seront, fournis; et
 7. La raison d'un éventuel refus.

OBLIGATION RELATIVE À LA PUBLICATION DE LA NOTIFICATION DE SOINS NON COMPENSÉS:

Avant le début de son année fiscale, SMH doit publier une notification de disponibilité par rapport à ses Soins non compensés dans un journal à grand tirage du District de Columbia. Sibley doit également fournir une copie de ladite notification à la SHPDA. Le Vice-président/Responsable financier est chargé de l'affichage et de la rédaction de la présente politique. La notification doit comprendre:

1. La valeur en dollar des Soins non compensés que SMH entend prodiguer au cours de l'année fiscale ou une déclaration selon laquelle SMH s'engage à fournir des Soins non compensés à toute personne dans l'impossibilité de payer pour un traitement et qui fait une demande de Soins non compensés;
2. Une explication de la différence entre le montant des Soins non compensés proposé par SMH et le niveau annuel de conformité pour Sibley, le cas échéant; et
3. Une déclaration indiquant si SMH a satisfait à toutes ses obligations en matière de Soins non compensés des périodes précédentes de déclaration en suspens, ou une déclaration indiquant que l'établissement satisfera, sur une période spécifique, à toute obligation en suspens.

AFICHAGE DE LA NOTIFICATION DE LA DISPONIBILITÉ DES SOINS NON COMPENSÉS:

Une notification annonçant la possibilité de Soins non compensés doit être affichée à la vue de tous dans les lieux d'enregistrement des patients, dans les services d'admission, les bureaux d'affaire et le service des urgences. SMH doit afficher la notification suivante:

1. «Conformément au droit applicable du District de Columbia, ce fournisseur de services de santé doit rendre ses services accessibles à l'ensemble de la communauté. Ce fournisseur de services de santé n'est pas autorisé à sélectionner une personne sur la base de son origine ethnique, sa couleur, sa religion, son origine, son sexe, son âge, son statut marital, son apparence physique, son orientation sexuelle, ses responsabilités familiales, ses études, son affiliation politique, son handicap physique, ses revenus, son lieu de résidence ou son activité professionnelle, ni en fonction de son éventuelle couverture par un programme comme Medicare ou Medicaid.»
2. «Ce fournisseur de services de santé doit également fournir un nombre raisonnable de services gratuits ou à coût réduit aux personnes dans l'impossibilité de payer. Demandez au personnel si vous êtes éligible à des services gratuits ou à

coût réduit. Si vous pensez qu'on vous a refusé des services ou une prise en charge gratuite/à coût réduit de façon injustifiée, contactez le Bureau des Admissions ou le Bureau d'Affaires de ce personnel soignant, et appelez l'Agence de l'État pour la Planification et le Développement médical (Health Planning and Development Agency) par l'intermédiaire du centre téléphonique de la ville au 202-727-1000.»

3. «Si vous souhaitez déposer une plainte, des formulaires sont disponibles à l'Agence de l'État pour la Planification et le Développement médical.»

Cette notification doit également comprendre un résumé des critères d'éligibilité de Sibley à des Soins non compensés. Cette notification doit être publiée en anglais et en espagnol ainsi que dans toute langue considérée comme la langue utilisée dans les foyers de dix (10) pour cent ou plus des habitants du District de Columbia, et ce sur la base des chiffres les plus récents publiés par le Bureau de recensement. Sibley doit communiquer le contenu de la notification affichée à toute personne ne pouvant pas lire la notification.

NOTIFICATION ÉCRITE DE DISPONIBILITÉ DE SOINS NON COMPENSÉS:

À tout moment d'une année fiscale au cours de laquelle des Soins non compensés sont possibles au SMH, SMH doit fournir une notification de disponibilité des services en question à toute personne qui souhaite bénéficier des services de l'hôpital pour son compte ou pour le compte d'une tierce personne. SMH doit fournir cette notification écrite avant de fournir les services demandés, sauf si la nature urgente des services rend cette mesure inapplicable. Dans les situations d'urgence, SMH doit fournir la notification écrite au patient dès que cela est matériellement possible, ou à un de ses proches. Cette notification doit être remise au plus tard à la remise de la première facture pour les services fournis. Cette notification écrite individuelle doit comprendre ce qui suit:

1. «Conformément au droit applicable du District de Columbia, ce fournisseur de services de santé doit rendre ses services accessibles à l'ensemble de la communauté. Ce fournisseur de services de santé n'est pas autorisé à sélectionner une personne sur la base de son origine ethnique, sa couleur, sa religion, son origine, son sexe, son âge, son statut marital, son apparence physique, son orientation sexuelle, ses responsabilités familiales, ses études, son affiliation politique, son handicap physique, ses revenus, son lieu de résidence ou son activité professionnelle, ni en fonction de son éventuelle couverture par un programme comme Medicare ou Medicaid.»
2. «Ce fournisseur de services de santé doit également fournir un nombre raisonnable de services gratuits ou à coût réduit aux personnes dans l'impossibilité de payer. Demandez au personnel si vous êtes éligible à des services gratuits ou à coût réduit. Si vous pensez qu'on vous a refusé des services ou une prise en charge gratuite/à coût réduit de façon injustifiée, contactez le Bureau des Admissions ou le Bureau d'Affaires de ce personnel soignant, et appelez l'Agence de l'État pour la Planification et le Développement médical (Health Planning and Development Agency) par l'intermédiaire du centre téléphonique de la ville au 202-727-1000.»
3. «Si vous souhaitez déposer une plainte, des formulaires sont disponibles à l'Agence de l'État pour la Planification et le Développement médical.»

Cette notification doit également comprendre un résumé des critères d'éligibilité à des Soins non compensés tels que définis par Sibley, la localisation du bureau auprès duquel toute personne souhaitant bénéficier de Soins non compensés peut en faire la demande, et doit indiquer que Sibley s'engage à prendre une décision par écrit concernant la fourniture, ou non, de Soins non compensés et la date à laquelle, ou la période au cours de laquelle, la décision sera prise.

DÉFINITION DE LA COMMUNAUTÉ SMH:

SMH rend ses services, y compris les services requis conformément aux exigences statutaires du District de Columbia en matière de Soins non compensés «à l'ensemble de la communauté.» Cette communauté s'étend aux personnes qui vivent ou travaillent dans la zone de service de l'hôpital ou qui ont besoin de services d'urgence lors d'une visite réalisée dans la zone de service de l'hôpital. Sont exclues du Programme Communautaire d'Assistance les personnes faisant une demande de services non nécessaires et qui résident manifestement en dehors de la zone de service de l'hôpital. La zone de service de l'hôpital comprend le District de Columbia une grande partie du Maryland et de la Virginie, avec des services limités fournis aux résidents de Virginie occidentale, du Delaware et de la Pennsylvanie. L'hôpital peut exiger du demandeur qu'il fournisse des documents indiquant qu'il est en situation de conformité par rapport à la définition de la communauté telle que définie par l'hôpital.

RÉFÉRENCE:

Réglementations Municipales du DC Point 22 Sections 4404, 4405 et 4406

FINANCE



JOHNS HOPKINS
M E D I C I N E

**Demande d'Assistance
financière médicale Johns
Hopkins**

Veillez remplir les formulaires en annexe et les renvoyer avec les justificatifs requis, tel que précisé ci-après.

Formulaires à annexer:

Demande d'Assistance financière (en annexe)

Documents à annexer:

1. Copie de l'avis d'imposition de l'année précédente. (Si couple marié avec déclarations séparées: veuillez fournir les exemplaires des deux avis).
2. Copie de vos trois (3) derniers bulletins de salaire, lettre de l'employeur ou justificatif d'emploi.
1. Copie de la lettre d'octroi de la Sécurité sociale (le cas échéant)
2. Copie de la lettre de décision de l'Assistance médicale ou de la Sécurité sociale.
3. Justificatifs des dépenses courantes mensuelles, correspondant à celles renseignées dans la demande, par exemple des factures de téléphonie, des charges de gaz et d'électricité ou justificatifs de loyer ou de prêt hypothécaire.
4. Copie des dépenses médicales en souffrance.
5. Copie de toutes les cartes d'assurance médicale.
6. Justificatif du lieu de résidence, tel qu'une carte d'identité, un permis de conduire, un acte de naissance ou un statut réglementaire de résident permanent (carte verte).

**VEUILLEZ ADRESSER CES
INFORMATIONS À: 3910 KESWICK
ROAD, SUITE S-5100
À l'attention de: FINANCIAL ASSISTANCE
LIAISON BALTIMORE, MD 21211**

	Montant mensuel
Emploi	_____
Prestations de retraite et de pension	_____
Prestations sociales	_____
Prestations d'assistance publique	_____
Prestations d'invalidité	_____
Allocations chômage	_____
Prestations pour anciens combattants	_____
Pension alimentaire	_____
Revenus de la propriété locative	_____
Prestations de grève	_____
Indemnités militaires	_____
Emploi agricole ou travail indépendant	_____
Autres sources de revenus	_____
Total	_____

II. Actifs liquides

	Solde actuel
Compte chèque	_____
Compte d'épargne	_____
Actions, obligations, certificats de dépôt ou marchés monétaires	_____
Autres comptes	_____
Total	_____

III. Autres actifs

Si vous possédez l'un des éléments suivants, veuillez indiquer le type et la valeur approximative.

Maison	Prêt _____	Valeur approximative _____
Automobile	Modèle _____ Année _____	Valeur approximative _____
Autre véhicule	Modèle _____ Année _____	Valeur approximative _____
Autre véhicule	Modèle _____ Année _____	Valeur approximative _____
Autre bien		Valeur approximative _____
		Total _____

IV. Dépenses mensuelles

	Montant
Loyer ou remboursement hypothécaire	_____
Charges	_____
Prêt(s) automobile	_____
Carte(s) de crédit	_____
Assurance véhicule	_____
Assurance santé	_____
Autres dépenses médicales	_____
Autres dépenses	_____
Avez-vous d'autres factures médicales en souffrance? OUI NON	
Pour quelle prestation?	_____
Avez-vous convenu d'un plan de paiement? Quelles sont les échéances mensuelles?	_____

Concernant l'éligibilité à l'Assistance financière en cas de difficultés d'ordre médical:

Revenus de la famille au cours des douze (12) mois qui précèdent la date de cette demande: _____

La dette médicale encourue chez Johns Hopkins (à l'exclusion des coassurances, copaiements ou franchises) au cours des douze (12) mois qui précèdent la date de cette demande:

Date de la prestation	Montant dû
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Concernant l'éligibilité présumée à l'Assistance financière:

- | | |
|---|------------|
| 1. Quel est l'âge du patient? | _____ |
| 2. La patiente est-elle enceinte? | Oui ou Non |
| 3. Le patient a-t-il des enfant de moins de 21 ans qui vivent à la maison? | Oui ou Non |
| 4. Le patient a été atteint de cécité ou d'un potentiel handicap au cours des 12 derniers mois ou plus dans le cadre d'un emploi rémunéré? | Oui ou Non |
| 5. Le patient bénéficie-t-il actuellement de revenus SSI (revenus de sécurité supplémentaire) ou SSDI (revenus de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale)? | Oui ou Non |
| 6. Le patient (et s'il est marié, son époux/épouse) possède-t-il des comptes bancaires ou actifs convertibles en liquidités qui ne dépassent pas les montants suivants? | Oui ou Non |

Composition de la famille:

Individu: 2 500 \$

Deux personnes: 3 000 \$

Pour chaque autre membre de la famille, ajouter 100 \$

(Exemple: Pour une famille de quatre personnes, si vous possédez des liquidités à hauteur de moins de 3 200 \$, vous répondez OUI.)

- | | |
|--|------------|
| 7. Le patient est-il un résident de l'État du Maryland?
Dans la négative, dans quel État le patient réside-t-il? | Oui ou Non |
| 8. Le patient est-il sans-abri? | Oui ou Non |
| 9. Le patient participe-t-il au programme WIC? | Oui ou Non |
| 10. Le foyer comporte-il des enfants inscrits au programme de repas gratuits ou réduits? | Oui ou Non |
| 11. Le foyer est-il bénéficiaire du programme d'assistance à l'énergie pour les personnes à faibles revenus? | Oui ou Non |
| 12. Le patient bénéficie-t-il du Programme d'assistance nutritionnelle SNAP ou de coupons alimentaires? | Oui ou Non |
| 13. Le patient bénéficie des programmes Healthy Howard, Chase Brexton? | Oui ou Non |
| 14. Le patient a-t-il été envoyé vers SH par Catholic Charities, Mobile Med, Montg Co Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Montgomery Cares, Project Access, ou Proyecto Salud? | Oui ou Non |
| 15. Le patient bénéficie-t-il actuellement d'une couverture:
Medical Assistance Pharmacy Only | Oui ou Non |
| QMB/SMLB | Oui ou Non |
| 16. Le patient a-t-il un emploi?
Dans la négative, date du début du chômage. | Oui ou Non |
| Éligible à la couverture d'assurance santé COBRA? | _____ |
| | Oui ou Non |

Tous les documents fournis doivent être une composante de cette demande.

Si vous demandez une extension d'Assistance financière complémentaire, JHM pourra exiger des informations supplémentaires afin de procéder à une nouvelle évaluation. En signant ce formulaire, vous attestez que les informations fournies sont exactes et consentez à notifier JHM de toute modification des informations fournies dans les dix jours suivant ce changement. Toutes les informations fournies au sein de la demande sont, à ma connaissance, exactes et authentiques.

Signature du demandeur

Date

Lien de parenté avec le patient

Annexe C: DISPOSITIONS DU JOHNS HOPKINS ALL CHILDREN'S HOSPITAL RELATIVES À L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

I. OBJECTIF

L'objectif de cette ANNEXE est d'énoncer les dispositions complémentaires applicables à Johns Hopkins All Children's Hospital Pediatric Physician Services, Inc., et West Coast Neonatology, Inc.

II. PORTÉE

La présente s'applique par ailleurs à tous les sites en vertu de la licence d'exploitation des organisations participantes énoncées à l'Annexe B. En outre, toutes les entités sont désignées sous le nom de «Provider Healthcare System» et incluent tous les établissements hospitaliers et centres patients ambulatoires. Une liste des prestataires de soins, en sus de l'hôpital en lui-même qui fournissent des soins d'urgence ou autres soins médicaux nécessaires à l'hôpital, qui précise quels professionnels sont couverts dans le cadre de cette politique est mise à jour tous les trimestres sur notre site web <https://www.hopkinsallchildrens.org/Patients-Families/Patient-Financial-Information/Payment-Plans-and-Financial-Assistance/Financial-Assistance-Provider-Listing>

III. DÉCLARATION DE POLITIQUE

1. a. Engagement à fournir une Assistance financière: Provider Healthcare System a pour cœur de fournir une Assistance financière aux patients dont les besoins médicaux ne sont pas couverts, mal couverts, inéligibles à un programme gouvernemental ou aux patients dans l'impossibilité de régler leurs frais, et ce pour des besoins médicaux avérés, sur la base de leur situation financière individuelle. Un conseiller financier Provider Healthcare System, un représentant désigné du bureau ou une commission disposant du pouvoir d'offrir l'Assistance financière procèdera à l'examen de chaque cas individuel et se prononcera sur l'éligibilité pouvant être proposée conformément à cette politique.
- b. Engagement à fournir des soins médicaux d'urgence: Provider Healthcare System dispensera, sans discrimination aucune, des soins dans des conditions d'urgence médicale aux individus, indépendamment de leur éligibilité à l'Assistance financière en vertu de cette politique. Provider Healthcare System n'entreprendra aucune activité qui pourrait décourager des individus à demander des soins médicaux d'urgence, notamment en exigeant que les patients des unités d'urgence paient avant de bénéficier d'un traitement en cas d'urgence, ou en autorisant des activités de recouvrement de créances qui viennent interférer avec la disposition, sans discrimination aucune, des soins médicaux d'urgence. Les services médicaux d'urgence, notamment les transferts d'urgence, en vertu d'EMTALA, sont dispensés à tous les patients de manière non discriminatoire, conformément à la politique EMTALA de l'hôpital.

IV. PROCÉDURE

1. A. **Éligibilité à l'Assistance financière:**

1. Les services de santé suivants à Johns Hopkins All Children's Hospital ne sont pas éligibles à l'Assistance financière:
 - a. Les services non essentiels, non nécessaires sur le plan médical ou de confort tels que la chirurgie esthétique, la dentisterie esthétique, les chambres individuelles et les articles de confort;
 - a. Le médecin du patient et/ou le conseiller médical désigné par le PHS doit être consulté lorsque se pose la question de savoir si une admission relève du «confort» ou d'une «nécessité médicale».
 - b. Les services prodigués aux patients Self Pay (littéralement: paiement volontaire par la personne; décision prise de ne pas être couvert par une assurance);

- c. Certains services de confort, identifiés par chaque département clinique, pour lesquels aucune Assistance financière ne sera octroyée.
 - d. Les services non urgents qui peuvent être couverts par Medicare, Medicaid ou tout autre payeur tiers lorsque ces services peuvent être dispensés par un établissement ou prestataire du réseau, tel que requis par l'assurance du patient.
- B. Assistance financière disponible à Johns Hopkins All Children's Hospital**
1. Le patient pourra accéder aux services éligibles en vertu de cette politique conformément au besoin financier tel que défini en référence aux Lignes directrices fédérales (FPL) en vigueur au moment de la détermination. Les patients dont le foyer ne possède pas de liquidités supérieures à 10 000 \$ et dont les:
 - a. revenus sont de 200 % ou moins des FPL, sont éligibles à des soins réduits à 100 % des charges brutes.
 - b. Les revenus compris entre 201 et 300 % des FPL, sont éligibles à des soins réduits à 85 % des charges brutes.
 - c. Les revenus compris entre 301 et 400 % des FPL, sont éligibles à des soins réduits à 70 % des charges brutes.
- C. Les montant généralement facturés à Johns Hopkins All Children's Hospital**
1. Lorsque PHS s'est prononcé favorablement sur l'éligibilité d'un patient à l'Assistance financière, le montant de la facture ne doit pas être supérieur aux montants généralement facturés (AGB) pour des soins d'urgence ou soins médicaux nécessaires prodigués à des personnes bénéficiant d'une assurance couvrant ces soins, en vertu de la loi fédérale.
 2. Les AGB sont définis avec la méthode «rétrospective» au PHS.
 3. Le calcul des AGB se fait comme suit:
 - a. Les AGB sont calculés en passant en revue l'ensemble des demandes de remboursement réglées dans leur intégralité au PHS (soins d'urgence et soins médicaux nécessaires et l'ensemble des assurances santé privées, notamment les coassurances, copaiements et franchises pendant une période donnée de douze mois.
 - b. Les AGB relatifs aux soins d'urgence et soins médicaux nécessaires prodigués à une personne bénéficiant de l'Assistance financière sont définis en multipliant les charges brutes de ces soins par un ou plusieurs pourcentage(s) AGB.
 - c. Les pourcentages AGB sont calculés tous les ans pour chaque entité PHS en divisant la somme de certaines demandes réglées par Medicare et les assurances de santé privées par les charges brutes associées à ces demandes.
 4. Les pourcentages AGB sont appliqués au 120^e jour suivant la fin de la période calendaire de 12 mois utilisée par l'établissement hospitalier pour calculer les pourcentages AGB.
 5. PHS ne facture ni n'exige de rétribution relative aux charges brutes des personnes bénéficiaires de l'Assistance financière dans le cadre de cette politique.
- D. Appel du rejet de l'Assistance financière:**
1. Si la demande d'Assistance financière est rejetée, le patient a le droit de solliciter le nouvel examen de la demande. Le conseiller financier ou représentant transmettra toute demande pour laquelle un nouvel examen a été requis au Comité d'évaluation de l'Assistance financière.
- E. Communication du plan d'Assistance financière aux patients au sein de la communauté du Johns Hopkins All Children's Hospital:**
1. La notification relative à l'Assistance financière disponible auprès de PHS, qui devra inclure un numéro de contact et une adresse de site web sera diffusée par PHS par divers moyens, notamment, mais sans s'y limiter: la publication de notifications avec les factures des patients et l'affichage de notifications dans les salles d'urgence, au sein du formulaire des Conditions d'admission, dans les centres de soins, les départements d'admission et d'enregistrement, les bureaux de l'administration hospitalière que le PHS pourra déterminer. Un résumé de la politique d'Assistance financière du PHS sera transmise aux patients lors de leur admission ou de leur sortie et sera communiquée aux patients sur demande. PHS s'engage à communiquer largement et publiquement sur ce résumé de la politique d'Assistance financière sur les sites web des établissements, dans les brochures disponibles sur les sites accessibles aux patients et d'autres sites au sein de la communauté desservis par l'hôpital/les prestataires de soins, que le PHS pourra choisir. Ces notifications et résumés seront communiquées dans les langues natives des population desservies par le PHS.
 2. La notification de tous les prestataires du PHS qui prodiguent des soins d'urgence et soins médicaux nécessaires qui comprendra la décision relative à l'éligibilité à l'Assistance financière, à savoir si la politique s'applique aux services fournis éligibles; elle sera diffusée par PHS par divers moyens, qui devront inclure, mais sans s'y limiter, une publication sur les sites web des établissements et sera annexée à cette politique.
- F. Relations avec les politiques de recouvrement:**

1. Les informations relatives aux mesures que les hôpitaux Johns Hopkins peuvent prendre en cas de non-paiement sont décrites dans une politique de facturation et de recouvrement distincte (PFS046). Les membres du public peuvent obtenir un exemplaire gratuit de cette politique distincte auprès du PHS
2. La politique de facturation et de recouvrement (PFS046) indique les politiques et procédures des pratiques de recouvrement internes et externes (notamment les mesures que l'hôpital pourra prendre en cas de non-paiement, e.g. des mesures de recouvrement). La politique considère la mesure dans laquelle le patient peut être éligible à l'Assistance financière, les efforts en toute bonne foi du patient de formuler une demande de programme gouvernemental ou une Assistance financière auprès du PHS, et les efforts en toute bonne foi du patient de satisfaire à ses accords de paiements avec le PHS. Concernant les patients éligibles à l'Assistance financière et qui coopèrent en toute bonne foi en vue de régulariser leurs factures d'ordre médical, le PHS pourra proposer des plans de paiement prolongés gérés et traités par des agences de recouvrement externes.

V. **INFORMATIONS RELATIVES AU PROVIDER HEALCARE SYSTEM**

Site web:

www.hopkinsallchildrens.org/

<https://www.hopkinsallchildrens.org/Patients-Families/Patient-Financial-Information/Payment-Plans-and-Financial-Assistance>

VI. **INFORMATIONS JUSTIFICATIVES**

Documents justificatifs:

- Politique N° RC008 - Demande relative aux frais d'hôpitaux
- Politique N° RC007 - Remboursement des soins du patient
- Politique N° FIN008 - Soins médicaux d'urgence
- Politique N° PTCRE014 - Loi sur le traitement médical d'urgence, Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA) & traitement de l'évaluation du patient et enfin transfert vers d'autres hôpitaux
- Politique N° SUPSR014 - Propriété des circulaires, brochures, bannières et œuvres d'art (SUPSR014):

- Titre/poste de l'expert financier à Johns Hopkins All Children's Hospital (le cas échéant):

- Directeur financier, JHACH
- Directeur principal, Cycle des recettes, JHACH