 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	Numéro de politique	FIN034E
		Date effective	04-01-16
	Objet	Page	1 sur 24
	AIDE FINANCIÈRE	Remplace	28/06/13

POLITIQUE

Cette politique s'applique à l'entité suivante de la Johns Hopkins Health System Corporation (JHHS): Sibley Memorial Hospital (SMH)

Sibley Memorial Hospital s'engage à fournir une aide financière aux personnes ayant des besoins en soins tout en étant non-assurés, sous-assurés, inéligibles à un programme gouvernemental, ou n'étant pas en mesure de payer des soins médicalement nécessaires en raison de leur situation financière individuelle. Sibley Memorial Hospital n'entreprendra pas de mesures de recouvrement exceptionnelles avant d'effectuer des efforts raisonnables pour déterminer si la personne est éligible à l'aide financière en vertu de cette politique. Les individus éligibles à l'aide financière n'auront pas plus à payer pour les urgences ou autres soins médicalement nécessaires que les montants généralement facturés aux individus dont l'assurance couvre de tels soins.

Le but de cette politique est d'établir un programme d'aide financière, conformément aux exigences de soins non rémunérés du District de Columbia décrites au Chapitre 44 des réglementations municipales de DC, Article 22, et de fournir une aide financière aux personnes qui font une demande d'aide mais ne répondent pas aux critères des directives "Fourniture de soins non rémunérés" du Chapitre 44 des réglementations municipales de DC, Article 22.

Sibley Memorial Hospital ("l'Hôpital") effectuera de bonne foi des efforts pour fournir des services non rémunérés selon le niveau annuel de conformité requis par la section 4404 du Chapitre 44 des réglementations municipales de DC, Article 22, "Fourniture de soins non rémunérés."

Sibley ne refusera en aucun cas des services d'urgence à quiconque sous prétexte de son incapacité à payer pour des services. Sibley peut faire sortir une personne ayant reçu des soins d'urgence ou transférer la personne dans un autre établissement quand, d'après le jugement raisonnable du personnel médical approprié, une telle action est cliniquement appropriée et dans le meilleur intérêt du patient et de l'hôpital.

Sibley fournira des soins non rémunérés en vertu du Chapitre 44 des réglementations municipales de DC, Article 22, "Fourniture de soins non rémunérés," aux personnes éligibles. Les soins non rémunérés qui seront fournis seront basés sur ces règles ou sur des obligations contractuelles entre Sibley et le gouvernement du District de Columbia, selon laquelle fournit la plus grande valeur.

Les soins non rémunérés sont définis dans la loi régissant les certifications de nécessité (Code de DC 44-401, partie définitions). La loi définit les soins non rémunérés comme le coût de services de santé fournis à des patients et pour lesquels l'établissement de santé ne reçoit pas de paiement. Le terme "soins non rémunérés" inclut les créances irrécouvrables mais pas les indemnités contractuelles.

Une mauvaise dette désigne un compte débiteur basé sur des services médicaux de docteurs et hospitaliers fournis à un patient dont un paiement est attendu, mais considéré irrécouvrable à la suite d'efforts de recouvrement raisonnables ; et non l'obligation d'une quelconque unité gouvernementale fédérale, étatique ou locale. Le terme "soins non rémunérés" n'inclut pas les soins de charité.

Les Soins de charité désignent les services médicaux et hospitaliers fournis à des gens ne pouvant pas payer le coût des services, en particulier en cas de faibles revenus, de non-assurance ou de sous-assurance, mais excluent les services déterminés comme causés par, ou catégorisés comme, des créances irrécouvrables.

Dans le cadre de cette politique, les soins non rémunérés à fournir seront calculés comme suit :

Niveau de conformité annuel :

Un montant de moins de trois (3%) pour cent des dépenses opérationnelles de Sibley, moins le montant

**ANNEXE C DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE EN CAS DE DIFFICULTÉS
FINANCIÈRES MÉDICALES**

NOM DE L'HÔPITAL : _____

NOM DU PATIENT : _____

ADRESSE DU PATIENT : _____
(y compris le code postal)

DOSSIER MÉDICAL # : _____

Date : _____

Revenu de la famille pendant la période de douze (12) mois calendaires précédant la date de cette demande :

La dette encourue auprès de The Johns Hopkins Hospital (non-compris la co-assurance, les co-paiements et les franchises) pendant la période de douze (12) mois calendaires précédant la date de cette demande.

Date de service	Montant dû
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

Tous les documents soumis constituent le dossier de demande.

À ma connaissance, toutes les informations soumises dans le dossier sont vraies et exactes.

Signature du demandeur

Date: _____

Relations avec le patient

Pour utilisation interne :

Vérfié par : _____ **Date :** _____

Revenu : _____ 25% du revenu = _____

Dette médicale : _____ Pourcentage de l'allocation : _____

Réduction : _____ Solde dû : _____

Montant du paiement mensuel : _____ Durée du plan de paiement : _____ mois

ANNEXE B SERVICES FINANCIERS DES PATIENTS QUESTIONNAIRE DE PROFIL DU PATIENT


NOM DE L'HÔPITAL : _____

NOM DU PATIENT : _____

ADRESSE DU PATIENT : _____
(y compris le code postal)

DOSSIER MÉDICAL # : _____

1. Quel est l'âge du patient ? _____
2. Le patient est-il de nationalité américaine ou est-il un résident permanent ? Oui ou Non
3. Si le patient est une femme, est-elle enceinte ? Oui ou Non
4. Le patient a-t-il des enfants de moins de 21 vivant dans son ménage ? Oui ou Non
5. Le patient est-il non-voyant ou a-t-il été handicapé pendant une période de 12 mois ou plus alors qu'il exerçait un emploi salarié ? Oui ou Non
6. Le patient est-il actuellement bénéficiaires des prestations SSI ou SSDI ? Oui ou Non
7. Le patient (et si marié, son/sa conjoint(e)) possèdent-ils des comptes en banque ou des actifs convertibles en liquidités qui ne dépassent pas les montants suivants ? Oui ou Non
Taille de la famille :
Une seule personne : 2 500,00\$
Deux personnes : 3 000.00 \$
Pour chaque membre supplémentaire ajoutez 100,00\$
(Exemple : Pour une famille de quatre, si vous avez des actifs liquides pour moins de 3 200,00 \$, votre réponse est OUI.)
8. Le patient est-il résident de l'État du Maryland? Oui ou Non
Si non, dans quel État le patient réside-t-il ? _____
9. Le patient a-t-il le statut de sans abri ? Oui ou Non
10. Le patient participe-t-il dans le programme WIC? Oui ou Non
11. Le ménage comprend-il des enfants bénéficiant du programme de déjeuner gratuit ou à prix réduit? Oui ou Non
12. Le ménage participe-t-il dans le programme d'aide énergétique pour les revenus les plus faibles? Oui ou Non
13. Le patient bénéficie-t-il de SNAP/bons alimentaires? Oui ou Non
14. Le patient est-il enregistré dans le programme Healthy Howard et référencé auprès de JHH ? Oui ou Non
15. Le patient bénéficie-t-il actuellement :
D'une aide médicale pour la pharmacie uniquement ? Oui ou Non
D'une couverture QMB / SLMB ? Oui ou Non
16. Le patient est-il employé ? Oui ou Non
Si non, date à laquelle le patient est devenu sans emploi. _____
Admissible pour la couverture d'assurance santé COBRA ? Oui ou Non

	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	Numéro de politique	FIN034E
		Date effective	04-01-16
	Objet	Page	2 sur 24
	AIDE FINANCIÈRE	Remplace	28/06/13

des remboursements qu'il reçoit en vertu des Articles XVIII et XIX de la Loi sur la Sécurité Sociale (Medicaid et Medicare), sans tenir compte des indemnités contractuelles. De plus, Sibley doit répondre à toute obligation de soins non rémunérés requis en vertu d'une certification de nécessité précédente.

Si, pour une année fiscale donnée, Sibley ne remplit son obligation annuelle de frais non rémunérés, elle doit entreprendre de fournir des soins non rémunérés pour un montant suffisant pour rattraper le déficit d'une ou de plusieurs années, en vertu d'un plan de conformité de l'Agence de développement sanitaire (ci-après, la SHPDA), mais pas plus tard que trois (3) années après l'année où le déficit est survenu.

Si Sibley fournit des soins non rémunérés au cours d'une année fiscale donnée pour un montant dépassant son niveau de conformité annuel, Sibley peut demander au Directeur d'appliquer le montant excédent en tant que crédit sur un déficit existant ou sur son niveau de conformité annuel pour toute année fiscale à venir. Pour être éligible à un crédit, la valeur excédentaire au-dessus du niveau de conformité annuel doit avoir été fournie en vertu des exigences de ce chapitre.

Avis publié d'obligation de soins non rémunérés :

Avant le début de l'année fiscale, Sibley publiera un avis de disponibilité de ses obligations de soins non rémunérés dans un journal de circulation générale du District de Columbia. Sibley soumettra également une copie de cet avis à SHPDA. Le Directeur adjoint/Directeur financier est responsable de la publication et de la présentation de cet avis. Cet avis doit inclure :

- a. La valeur des soins non rémunérés que Sibley compte rendre disponible au cours de l'année fiscale, ou une déclaration de fourniture de soins non rémunérés à toutes les personnes non en mesure de payer des traitements et demandent des soins non rémunérés ;
- b. Une explication de la différence entre le montant de soins non rémunérés proposés par Sibley et de son niveau de conformité annuel, s'il y en a une ; et
- c. une déclaration indiquant si Sibley a satisfait toutes les obligations non résolues de soins non rémunérés de périodes précédentes, ou une déclaration de son intention, au cours d'une période donnée, de corriger tout déficit.


Avis affiché de disponibilité de soins non rémunérés :

Un avis annonçant la disponibilité de soins non rémunérés doit également être affiché à la vue de tous dans les lieux d'admission des patients, au Service des admissions, dans le Bureau de la clientèle et dans le Service des urgences. Sibley doit afficher l'avis suivant :

"En vertu de la loi du District de Columbia, ce prestataire de soins doit rendre ses services disponibles à toutes les personnes de la communauté. Ce prestataire de soins ne peut pas discriminer une personne pour sa race, sa couleur de peau, sa religion, sa nationalité, son sexe, son âge, son statut marital, son apparence, son orientation sexuelle, ses responsabilités familiales, son éducation, son affiliation politique, un handicap physique, sa source de revenu, son lieu de résidence ou de travail, ou parce qu'un patient ou demandeur est couvert par un programme tel que Medicare ou Medicaid."

"Ce prestataire de soins doit également fournir un volume raisonnable de services sans frais ou à frais réduits aux personnes qui ne sont pas en mesure de payer. Demandez au personnel si vous êtes éligible pour recevoir des services sans frais ou à frais réduits. Si vous pensez que l'on vous a refusé des services ou un traitement sans frais ou à frais réduit sans bonne raison, contactez le Bureau des admissions ou de la clientèle, et appelez l'agence de Planification sanitaire d'état via le centre d'appel de la ville au 202-727-1000."

"Si vous souhaitez déposer une réclamation, des formulaires sont disponibles auprès de l'agence de Planification sanitaire."

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Politique et procédure</p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034E</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Date effective</p>	<p>04-01-16</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Page</p>	<p>3 sur 24</p>
		<p>Remplace</p>	<p>28/06/13</p>

Cet avis doit également inclure un résumé des critères d'éligibilité de Sibley pour des soins non rémunérés. Cet avis doit être publié en anglais et en espagnol, ainsi qu'en toute autre langue généralement pratiquée dans les foyers de dix (10%) pour cent ou plus de la population du District de Columbia, d'après les chiffres les plus récents publiés par le Bureau du recensement. Sibley doit communiquer le contenu de l'avis publié à toute personne dont il a des raisons de penser qu'il/elle ne peut lire l'avis.

Avis écrit de disponibilité de soins non rémunérés :

Au cours de toute période d'une année fiscale pendant laquelle des soins non rémunérés sont disponibles à Sibley, Sibley doit fournir un avis écrit de la disponibilité des services à chaque personne sollicitant des services de la part de l'hôpital pour elle-même ou pour le compte d'une autre personne. Sibley fournira cet avis écrit avant de fournir les services, sauf lorsque la nature urgente des services ne permet pas un avis préalable. Dans des situations d'urgence, Sibley doit fournir l'avis écrit au patient dès que faisable, ou à un parent proche. Cet avis ne doit pas être donné plus tard que la présentation de la première facture pour les services. Cet avis écrit individuel doit comporter ce qui suit :

"Selon la loi du District de Columbia, ce prestataire de soins doit rendre ses services disponibles à toutes les personnes de la communauté. Ce prestataire de soins ne peut pas discriminer une personne pour sa race, sa couleur de peau, sa religion, sa nationalité, son sexe, son âge, son statut marital, son apparence, son orientation sexuelle, ses responsabilités familiales, son éducation, son affiliation politique, un handicap physique, sa source de revenus, son lieu de résidence ou de travail, ou parce qu'un patient ou demandeur est couvert par un programme tel que Medicaid ou Medicaid."

"Ce prestataire de soins doit également fournir un volume raisonnable de services sans frais ou à frais réduits aux personnes qui ne sont pas en mesure de payer. Demandez au personnel si vous êtes éligible pour recevoir des services sans frais ou à frais réduits. Si vous pensez que l'on vous a refusé des services ou un traitement sans frais ou à frais réduit sans bonne raison, contactez le Bureau des admissions ou de la clientèle, et appelez l'agence de Planification sanitaire d'état via le centre d'appel de la ville au 202-727-1000."

"Si vous souhaitez déposer une réclamation, des formulaires sont disponibles auprès de l'agence de Planification sanitaire."


Cet avis doit également inclure un résumé des critères d'éligibilité de Sibley pour les soins non rémunérés, l'emplacement du bureau où toute personne recherchant des soins non rémunérés doit s'adresser, et indiquer que Sibley doit fournir une délibération écrite quant au fait que la personne recevra ou non des soins non rémunérés, ainsi que la date à laquelle, ou la période au cours de laquelle la délibération sera rendue. Pour un exemple de ce formulaire, voir la Pièce D.

Délibération écrite d'éligibilité aux soins non rémunérés :

Sibley fournira un avis écrit de sa décision d'éligibilité aux soins non rémunérés en réponse à chaque demande de soins non rémunérés à la personne effectuant la demande. L'avis sera remis en personne au moment de la demande de soins non rémunérés ou par courrier à l'adresse fournie par la personne ayant effectué la demande. Si la personne n'est pas disponible pour recevoir l'avis en personne et n'a pas fourni d'adresse, Sibley peut afficher dans ses locaux, dans un endroit bien visible, un avis indiquant la disponibilité du statut d'éligibilité de la personne dans le bureau administratif de Sibley.

Chaque délibération écrite d'éligibilité aux soins non rémunérés doit être remise rapidement au demandeur. Chaque délibération d'éligibilité aux soins non rémunérés doit inclure les déclarations suivantes :

- a) Que Sibley fournira, fournira sous conditions ou ne fournira pas de soins non rémunérés ;
- b) Qu'il n'y aura pas de frais pour les soins non rémunérés ;

	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	<i>Numéro de politique</i> FIN034E
	<i>Objet</i> AIDE FINANCIÈRE	<i>Date effective</i> 04-01-16
		<i>Page</i> 4 sur 24
		<i>Remplace</i> 28/06/13

- c) La date à laquelle la personne a demandé des soins ;
- d) La date à laquelle la délibération a été effectuée ;
- e) Le revenu annuel individuel ou familial, le cas échéant, et la taille de la famille de la personne ayant fait la demande de soins non rémunérés ;
- f) La date à laquelle les services ont été ou seront fournis, et ;
- g) La raison du refus, le cas échéant.

Si une demande est soumise avant la fourniture d'un service, Sibley peut effectuer une délibération d'éligibilité aux soins non rémunérés sous cinq (5) jours ouvrés suivant une demande pour un patient en consultation externe ou avant la sortie d'un patient hospitalisé. Si la demande est soumise après la fourniture du service à un patient externe ou après la sortie d'un patient hospitalisé, Sibley devra délibérer de son éligibilité avant la fin de la période de facturation suivante. L'avis de délibération est normalement donné sous 5 jours après la réunion suivante du Comité d'aide communautaire. Sibley peut émettre un avis d'éligibilité sous condition. Une telle délibération doit indiquer les conditions que la personne demandant des soins non payés doit satisfaire pour être éligible.

Le vice-président principal/directeur financier est responsable de la mise en œuvre de cette politique. Il/elle doit préparer un plan d'allocation répondant aux exigences des réglementations et contrôler sa mise en place. Le vice-président principal/directeur financier préparera un rapport pour la SHPDA sous 120 jours après la clôture de chaque année fiscale. Les documents accompagnant la délibération de Sibley doivent être rendus disponibles au public et rapportés à la SHPDA. Ces documents doivent être conservés par le vice-président principal/directeur financier pendant une période de cinq (5) années suivant la date de la dernière entrée d'une année fiscale donnée. Le président du conseil et le trésorier doivent être régulièrement tenus informés du respect de cette politique par Sibley.

Définition de la communauté de l'hôpital :


Sibley Memorial Hospital rend ses services, y compris des services requis en vertu des exigences de soins non rémunérés du District de Columbia, à "toutes les personnes de la communauté." Cette communauté s'étend aux personnes vivant ou travaillant dans la zone de desserte de l'hôpital ou ayant besoin de services d'urgence lors d'une visite dans la zone de desserte. Sont exclues du Programme d'aide communautaire les personnes demandant des services non urgents et résidant hors de la zone de desserte de l'hôpital. La zone de desserte de l'hôpital comprend le District de Columbia et la majeure partie du Maryland et la Virginie, avec des services limités fournis aux résidents de Virginie-Occidentale, du Delaware et de Pennsylvanie. L'hôpital peut exiger du demandeur des documents prouvant sa conformité à la définition de communauté de l'hôpital.

Sibley Memorial Hospital publiera annuellement la disponibilité de l'Aide financière dans leur journal local, et affichera des avis de disponibilités aux lieux d'inscription des patients, aux Admissions, au Bureau de la clientèle, au Bureau de facturation et au service des urgences. L'avis de disponibilité sera affiché sur le site de l'hôpital, mentionné au cours de conversations orales et envoyé aux patients sur ou avec leurs factures. Un résumé de la Politique d'aide financières de l'hôpital sera fourni aux patients hospitalisés avant leur sortie et sera disponible pour tous les patients à leur demande.

L'Aide financière peut être prolongée si un examen de la situation financière du patient a été effectué et documenté. Cela inclut un examen des dépenses et obligations médicales existantes du patient (incluant tout compte en créances irrécouvrables, sauf ceux au sujet desquels une poursuite a été ouverte et un jugement obtenu) et toute dépense médicale prévue. Les Demandes d'aide financière peuvent être proposées aux patients dont les comptes ont été confiés à une agence de recouvrement et ne s'appliqueront qu'aux comptes sur lesquels aucun jugement n'a été rendu.

AVIS SUR L'AIDE FINANCIÈRE POUR LES MÉDECINS PRODIGUANT DES SOINS MÉDICAUX :


La **PIÈCE E** ci-jointe est une liste de médecins prodiguant des soins d'urgence et médicalement nécessaires tel que défini dans cette politique à au SMH. Cette liste indique si un médecin est concerné

 <p>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	Numéro de politique	FIN034E
		Date effective	04-01-16
	Objet	Page	5 sur 24
	AIDE FINANCIÈRE	Remplace	28/06/13

par cette politique. Si un médecin n'est pas concerné par cette politique, les patients doivent contacter le bureau de ce médecin, afin de déterminer si celui-ci offre une aide financière, et le cas échéant, pour savoir que fournit cette politique d'aide financière.

Définitions

Dettes liées à des soins médicaux	Les dettes liées à des soins médicaux sont définies comme étant des dépenses de frais médicaux résultant de soins médicaux indispensables facturés par l'hôpital Hopkins auprès duquel est déposée la demande. Les paiements directs n'incluent pas les quote-parts, coassurances et déductibles. Les dettes médicales n'incluent pas les factures d'hôpital pour lesquelles le patient a choisi de s'inscrire à Voluntary Self Pay (renoncer à la couverture d'assurance)
Liquidités	Espèces, valeurs mobilières, billets à ordre, actions, obligations, obligations d'épargne américaines, comptes courants, comptes d'épargne, fonds communs de placement, certificats de dépôt, polices d'assurance-vie avec valeurs de rachat, comptes débiteurs, prestations de retraite ou autres propriétés pouvant être immédiatement converties en liquidités. Une sphère de sécurité de 150 000 \$ constituée de fonds propres dans la résidence principale du patient ne constitue pas un actif pouvant être converti en liquidités. Les fonds propres dans tout autre bien immobilier doivent faire l'objet d'une liquidation. Les liquidités ne comprennent 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 non limité aux régimes de rémunération différée admissibles sous l'Internal Revenue Code ou aux régimes de rémunération différée non admissibles.
Famille immédiate	Si un patient est mineur, un membre de la famille immédiate est défini comme étant la mère, le père, un frère ou une sœur mineur(e) non marié(e), naturel(le) ou adopté(e), résidant dans le même ménage. Si le patient est un adulte, le membre de la famille immédiate est défini comme étant le conjoint/la conjointe ou un enfant mineur naturel ou adopté non marié résidant dans le même ménage.
Soins médicaux indispensables	Des traitements médicaux qui sont absolument nécessaires pour protéger la santé d'un patient et pourraient faire empirer son état de santé s'ils étaient omis, selon les normes acceptées des pratiques médicales et pas seulement à la convenance du patient. Les soins médicaux nécessaires dans le cadre de cette politique n'incluent pas les procédures cosmétiques.
Revenu du ménage	Salaires, rémunérations, revenus, pourboires, participations, dividendes, revenus distribués par les entreprises, revenus des locations, revenus de la retraite, prestations de sécurité sociale, du patient/de la personne responsable, pour tous les membres de la famille immédiate résidant dans le ménage.
Documents justificatifs	Bulletins de salaire : W-2 ; 1099 : indemnités des travailleurs ; lettres d'attribution d'indemnités de sécurité sociale ou d'invalidité ; relevés de banque ou de courtage ; déclarations fiscales ; polices d'assurance-vie ; évaluations des biens immobiliers et dossiers de crédit de bureau ; relevés des prestations pour rembourser la dette médicale.
	Les individus éligibles à l'Aide financière ne se verront pas facturer davantage pour les urgences ou d'autres soins médicalement nécessaires que les frais généralement facturés aux individus dont l'assurance couvre de tels soins.


 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	Numéro de politique	FIN034E
		Date effective	04-01-16
	Objet	Page	6 sur 24
	AIDE FINANCIÈRE	Remplace	28/06/13

PROCÉDURES

1. L'évaluation pour obtenir une aide financière peut être mise en œuvre de différentes façons :


Par exemple :

- Un patient qui doit payer lui-même un certain solde dû, notifie le collecteur des montants dus par les patients ou l'agence de collection qu'il n'a pas les moyens de payer la facture et qu'il demande de l'aide.
 - Un patient qui ne possède pas d'assurance se présente à un cabinet médical et déclare qu'il ne peut payer les dépenses médicales quant aux services médicaux actuels ou précédents.
 - Un médecin ou un clinicien réfère un patient pour une évaluation pour une demande d'aide financière, pour une consultation interne ou externe.
 - Un patient est dirigé vers l'hôpital pour y recevoir des services dans le cadre du programme d'Aide financière de la part d'une clinique charitable ou d'autres organisations telles que Catholic Charities
2. Chaque unité clinique ou commerciale désigne une ou plusieurs personnes qui seront responsables de recevoir les demandes d'aide financière. Ces personnes peuvent être des Conseillers financiers, des spécialistes des agences de recouvrement pour les patients devant eux-mêmes payer leurs factures de soins médicaux, un agent administratif, un employé du service clients, etc.
 3. Le personnel désigné rencontre les patients qui demandent une aide financière, afin de déterminer s'ils répondent aux critères préliminaires pour obtenir de l'aide.
 - a. Toutes les demandes auprès de l'hôpital seront traitées sous cinq (5) jours suivant une demande complète pour un service de consultation externe ou avant la sortie pour un service d'hospitalisation et une délibération sera rendue quant à l'éligibilité. Si la demande est soumise après la fourniture du service à un patient externe ou après la sortie d'un patient hospitalisé, Sibley devra délibérer de son éligibilité avant la fin de la période de facturation suivante. L'avis de délibération est normalement donné sous 5 jours après la réunion suivante du Comité d'aide communautaire. Sibley peut émettre un avis d'éligibilité sous condition. Une telle délibération doit indiquer les conditions que la personne demandant des soins non payés doit satisfaire pour être éligible. Pour faciliter ce processus, chaque candidat doit fournir des informations sur la taille et le revenu de son ménage (tels que définis par les réglementations de Medicaid). Pour aider les demandeurs à effectuer les démarches, l'Hôpital fournira une déclaration d'approbation sous condition lui indiquant quels documents sont requis pour une délibération d'éligibilité finale.
 - b. Les demandes reçues seront envoyées aux Conseillers financiers de Sibley ou à l'aide Financière dédiée des services financiers des patients de JHHS pour être examinées ; une délibération écrite de possible éligibilité sera adressée au patient.
 4. Pour déterminer une admissibilité finale, les critères suivant doivent être respectés :
 - a. Le patient doit faire une demande d'Aide médicale et coopérer entièrement avec l'équipe d'Aide médicale ou son agent désigné, à moins que le représentant financier puisse déterminer aisément que le patient ne répond pas aux critères d'éligibilité. Le Questionnaire de profil du patient (Patient Profile Questionnaire) (Pièce B) est utilisé pour déterminer si le patient doit faire une demande d'aide médicale. Dans le cas où le patient possède une couverture de pharmacie médicale active ou une couverture QMB (Qualified Medicare Beneficiary), un nouveau dossier de demande d'aide médicale n'est pas nécessaire, excepté si le représentant financier a des raisons de croire que le patient peut se voir accorder des aides médicales

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	<i>Numéro de politique</i>	FIN034E	
		<i>Date effective</i>	04-01-16	
	<i>Objet</i>	AIDE FINANCIÈRE	<i>Page</i>	7 sur 24
			<i>Remplace</i>	28/06/13


complètes.

- b. Envisager une admissibilité pour d'autres ressources, telles que des fonds de dotation, des ressources attribuées par des fondations extérieures, etc.
 - c. Toutes les prestations d'assurance doivent avoir été épuisées.
5. Dans la mesure du possible, il n'y aura qu'une demande. Le patient doit fournir ce qui suit, si applicable :
- a. Un dossier complet de demande d'aide financière (Pièce A) et un Questionnaire de profil du patient (Pièce B).
 - b. Une copie de la déclaration de revenus fédérale (Federal Income Tax Return) la plus récente (en cas de déclarations séparées par un couple marié, une copie de la déclaration de revenus du conjoint/de la conjointe et une copie de la déclaration de revenu de toute autre personne dont le revenu est considéré faire partie du revenu du ménage, tel que défini par les réglementations de Medicaid).
 - c. Une copie des trois (3) derniers bulletins de salaire (si employé) ou toute autre preuve de revenu de toute autre personne dont le revenu est considéré faire partie du revenu du ménage, tel que défini par les réglementations de Medicaid.
 - d. Un avis de détermination d'aide médicale (le cas échéant).
 - e. La preuve d'un revenu d'invalidité (le cas échéant).
 - f. Une preuve raisonnable des autres dépenses déclarées.
 - g. Si le patient est sans emploi, une preuve raisonnable du statut de demandeur d'emploi, tel qu'une déclaration du bureau d'assurance-chômage (Office of Unemployment Insurance), une déclaration de la source actuelle du soutien financier, etc...
6. Un patient peut prétendre à une aide financière s'il n'est pas correctement assuré ou en cas de dettes médicales excessives. La Dette médicale est définie dans la partie définitions. Après que le patient a fourni toutes les informations requises, le conseiller financier étudie et analyse la demande et la transmet au service financier des patients pour détermination finale de l'admissibilité basée sur les directives de JHMI.
- a. Si la demande est refusée, le patient a le droit de faire appel. Le Conseiller financier enverra la demande et les pièces jointes au Comité d'aide communautaire pour l'évaluation et la décision finales.
 - b. Si la demande d'Aide financière du patient est basée sur une Dette médicale excessive ou s'il y a des circonstances atténuantes identifiées par le Conseiller financier ou la personne désignée, le Conseiller financier enverra la demande et les pièces jointes au Comité d'aide communautaire. Ce Comité a le pouvoir décisionnel pour approuver ou rejeter la demande. Il est entendu que la décision du Comité quant à la demande d'aide financière est finale et rendue dans un délai de 30 jours à partir de la date du dossier de demande. Le Comité d'aide communautaire basera sa délibération sur les besoins financiers d'après les lignes directrices du JHHS.
7. Chaque service clinique a la possibilité de désigner certaines procédures facultatives pour

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Politique et procédure</p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034E</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Date effective</p>	<p>04-01-16</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Page</p>	<p>8 sur 24</p>
		<p>Remplace</p>	<p>28/06/13</p>

lesquelles aucune option d'aide financière n'est offerte.

8. Les services fournis aux patients qui sont enregistrés comme "Voluntary Self Pay" ne sont pas admissibles pour l'aide financière.
9. Lorsque la demande d'une aide financière d'un patient a été approuvée, la couverture d'aide financière est effective à partir du mois de la détermination et pour les six (6) mois calendaires suivants. Si en raison de difficultés financières, le patient est approuvé pour un pourcentage d'indemnité, il est recommandé que le patient effectue un paiement de bonne foi au début de la période d'aide financière. À la demande d'un patient non assuré et dont le revenu rentre dans le cadre du Tableau des revenus des difficultés financières médicales présenté dans l'Annexe B, Sibley proposera au patient un échéancier de paiement. Tout calendrier de paiements développé dans le cadre de cette politique est d'une durée inférieure à deux ans. En cas de circonstances extraordinaires, et avec approbation du Responsable nommé, le calendrier des paiements pourra être prolongé.
10. Admissibilité pour une aide financière présumée. Des cas peuvent se présenter où un patient semble éligible à l'Aide financière mais où il n'y a pas de formulaire d'Aide financière enregistré. Souvent, les informations adéquates ont été fournies par le patient ou d'autres sources, offrant une preuve évidente pour fournir une aide financière au patient. S'il n'existe aucune preuve étayant l'admissibilité du patient à une aide financière, JHHS se réserve le droit d'utiliser les services d'agences extérieures pour déterminer les montants des revenus estimés, afin d'obtenir la base de l'admissibilité pour une aide financière et d'éventuels tarifs préférentiels de soins. Une fois établis, en raison de la nature même des circonstances présumées, la seule aide financière pouvant être accordée est une annulation totale du solde à payer. L'admissibilité pour une aide financière présumée couvre uniquement la date de service spécifique reçu par le patient et ne doit pas être effective pendant une période de six (6) mois. L'admissibilité pour une aide financière présumée peut être déterminée sur la base de circonstances personnelles de la vie. Sauf s'ils sont éligibles à Medicaid ou au CHIP, les patients bénéficiaires de services sur conditions de ressources sont présumés éligibles aux soins gratuits, à condition que le patient fournisse une preuve d'inscription sous 30 jours de la date du service. L'Annexe A-1 fournit une liste des événements et circonstances pouvant rendre un patient éligible à la présomption d'éligibilité.
11. Les patients qui indiquent qu'ils sont sans emploi et ne bénéficient pas de couverture sociale doivent se voir demander de présenter une demande d'aide financière, excepté s'ils répondent aux critères d'admissibilité présumée pour l'aide financière. Si le patient est qualifié pour une couverture COBRA, ses capacités à payer les primes d'assurance COBRA seront vérifiées par le Conseiller financier et des recommandations seront effectuées auprès du Comité d'évaluation de l'aide financière. Les personnes bénéficiant des capacités financières d'acheter une assurance-santé seront encouragées à le faire, pour accéder aux services de soins de santé et pour leur état de santé générale.
12. Si le compte d'un patient a été confié à une agence de recouvrement et que le patient ou son garant demande une aide financière ou semble qualifié pour une aide financière, l'agence de recouvrement notifie PFS et fait parvenir au patient/garant un dossier de demande d'aide financière, accompagné d'instructions pour renvoyer le dossier complété à PFS qui l'étudie, prend une décision et place le compte en suspens pendant 45 jours, en attendant d'autres instructions de PFS.
13. Cette politique d'aide financière ne s'applique pas aux patients décédés pour qui une succession a été ou doit être ouverte en raison des actifs détenus par un patient décédé. Johns Hopkins dépose une demande d'indemnisation auprès de la succession et une telle demande d'indemnisation est soumise à une administration de succession et aux lois applicables sur les testaments et les successions.

	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	Numéro de politique	FIN034E
		Date effective	04-01-16
	Objet	Page	9 sur 24
	AIDE FINANCIÈRE	Remplace	28/06/13

RÉFÉRENCE¹

Politiques financières et manuel de procédures de JHHS

Politique no. FIN017 – Pouvoir de signature : Services financiers des patients

Politique no. FIN033 – Paiements échelonnés

Soins gratuits et créances irrécouvrables, Guide de l'audit des soins de la santé AICPA

Directives fédérales sur la pauvreté (mises à jour annuellement) dans le Registre fédéral.

RESPONSABILITÉS – SMH

Conseiller financier (Pré-admission/admission/Consultation interne/externe/Service clients/Recouvrement/Coordinateur des admissions tout représentant des finances désigné pour accepter les demandes d'aide financière

Comprend les critères actuels d'admissibilité pour une aide.

Identifie les candidats potentiels, lance les démarches lorsque cela est nécessaire. Assister le patient, lorsque c'est nécessaire, pour effectuer la demande ou remplir un formulaire spécifique à un programme.

Le jour de la réception de la demande initiale, communique avec Département des services financiers aux patients pour déterminer la possible éligibilité.

Vérifie la demande préliminaire, le Questionnaire de profil du patient et la demande en cas de difficultés financières médicales (si soumise) afin de permettre la détermination de la probabilité d'une admissibilité. Sous cinq jours ouvrés suivant la réception de la demande initiale (ou avant la sortie de l'hôpital pour une demande reçue lors d'une hospitalisation), envoie par courrier la délibération à la dernière adresse connue du patient, ou la remet au patient s'il est actuellement hospitalisé. Note les commentaires sur le compte du patient.

Si une demande d'aide financière n'est pas nécessaire, du fait que le patient répond à des critères spécifiques, le note dans les commentaires du compte du patient et fait suivre au personnel de gestion pour revue.


Vérifie la demande et s'assure qu'elle est complète.

Fait suivre la demande finale complétée au service concerné.

Documente toutes les transactions dans tous les commentaires des comptes de patients concernés.

Identifie les demandes rétroactives ; initie le processus final de demande.

¹ REMARQUE : Des demandes standardisées pour l'Aide financière, le Questionnaire de profil du patient et les difficultés financières médicales ont été créées. Pour plus d'informations sur leur commande, veuillez contacter les services financiers des patients. Des copies sont jointes à cette politique, en Pièces A, B et C.

 <p>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	Numéro de politique	FIN034E
		Date effective	04-01-16
	Objet	Page	10 sur 24
	AIDE FINANCIÈRE	Remplace	28/06/13

Personnel d'encadrement
(Superviseur/Responsable/Directeur
)

Vérifie la demande finale complétée, contrôle les comptes pour lesquels aucune demande n'est nécessaire, détermine l'admissibilité du patient, communique la détermination finale au patient, par écrit, dans les 5 jours ouvrés après avoir reçu le dossier de demande complété. Lorsque le patient est éligible pour bénéficier d'une réduction des frais de soins, applique la réduction la plus favorable sur les frais pour lesquels le patient est admissible.

Aviser les patients non-admissibles et qui n'ont pas déposé de dossier complémentaire, d'autres alternatives disponibles pour elles, notamment les paiements échelonnés, les prêts bancaires ou la possibilité de participer au programme en cas de difficultés financières médicales, PIÈCE C. [Se référer à la PIÈCE B – Directives sur l'aide en cas de difficultés financières médicales.]

Aucun avis ne sera envoyé aux bénéficiaires de la Présomption d'éligibilité ou d'Aide financière.

Personnel de l'administration
financière (Directeur/Trésorier ou
affilié équivalent)
Le Comité d'aide communautaire

Vérifie et approuve les demandes d'aide financière et les comptes pour lesquels aucun dossier n'est nécessaire et qui ne s'annulent pas automatiquement conformément au pouvoir de signature établi dans la Politique financière No. FIN017 de JHHS – Pouvoir de signature : Services financiers des patients.

SPONSOR

Directeur, Service financier du patient (JHHS)
Directeur, Cycle des recettes (SMH)


CYCLE DE RÉVISION

Deux (2) années

APPROBATION


VP des finances / Trésorier et Directeur
des finances de JHH et JHHS

Date

 <p>JOHNS HOPKINS MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	Numéro de politique	FIN034E
		Date effective	04-01-16
	Objet	Page	11 sur 24
	AIDE FINANCIÈRE	Remplace	28/06/13

ANNEXE A
DIRECTIVES D'ADMISSIBILITÉ AU PROGRAMME D'AIDE FINANCIÈRE


1. Chaque personne demandant une Aide financière doit remplir une demande d'Aide financière Sibley, Pièce A, et le Questionnaire de profil patient, Pièce B. Si le patient désire faire une demande de Difficultés financières médicales, il doit en fournir la demande, Pièce C.
2. Une demande préliminaire, présentant la taille du ménage et le revenu de la famille (tels que définis par les réglementations de Medicaid) sera acceptée et une détermination de la probabilité d'éligibilité sera effectuée, dans les deux jours de la date de réception.
3. Le patient doit faire une demande d'Aide médicale et coopérer entièrement avec l'équipe d'Aide médicale ou son agent désigné, à moins que le représentant financier puisse déterminer aisément que le patient ne répond pas aux critères d'éligibilité. Un Questionnaire de profil du patient (voir PIÈCE B) a été créé afin de déterminer si le patient devait faire une demande d'aide financière médicale. Dans le cas où le patient possède une couverture d'aide médicale pour la pharmacie ou une couverture QMB, il n'est pas nécessaire de faire une nouvelle demande d'aide médicale, excepté si le représentant du service financier a des raisons de croire que le patient peut bénéficier de tous les avantages de l'aide médicale.
5. Une preuve de revenus doit être fournie avec la demande finale. Les preuves acceptables peuvent être :
 - (a) Déclaration de revenus de l'année précédente ;
 - (b) Bulletins de salaire actuels ;
 - (c) Lettre de l'employeur, ou en cas de demandeur d'emploi, documentation vérifiant le statut de demandeur d'emploi ; et
 - (d) Rapport du bureau de crédit obtenu par les filiales de JHM et/ou les services financiers des patients.
6. Les patients seront éligibles à l'Aide financière si leur revenu familial (mari et femme) maximal (tel que défini par les réglementations Medicaid) ne dépasse pas le niveau défini par Sibley (d'après les directives fédérales sur la pauvreté).
7. Toutes les ressources d'assurance et autres prestations et ressources similaires au sein d'un programme doivent être utilisées avant de pouvoir faire une demande d'Aide financière. Cela inclut l'assurance, l'aide médicale et tous les programmes d'affiliation pour lesquels le patient peut se qualifier.
8. Les patients ayant choisi d'être "Voluntary Self Pay" ne seront éligibles à l'Aide financière pour le montant dû sur tout compte inscrit comme Voluntary Self Pay.
9. L'Aide financière n'est pas applicable aux services non essentiels tels que la chirurgie esthétique, les articles ménager et les logements privés qui ne sont pas médicalement nécessaires. Les frais non-hospitaliers sont à la charge du patient. Dans le cas d'une incertitude sur le caractère facultatif ou nécessaire d'une admission, le médecin traitant du patient sera consulté. Des questions sur la nécessité peuvent être dirigées au médecin conseiller nommé par l'hôpital.

 <p>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	<i>Numéro de politique</i>	FIN034E	
		<i>Date effective</i>	04-01-16	
	<i>Objet</i>	AIDE FINANCIÈRE	<i>Page</i>	12 sur 24
			<i>Remplace</i>	28/06/13

10. Chaque affilié devra déterminer l'éligibilité pour l'Aide financière sous cinq (5) jours ouvrés suivant le jour de la soumission de la demande ou avant la sortie d'hôpital si la demande a été reçue lors d'une hospitalisation.
11. La documentation de l'admissibilité finale est maintenue pour tous les comptes de patients (ouverts). Un avis de détermination est envoyé au patient.
12. La détermination de l'admissibilité pour l'aide financière basée sur la soumission d'une aide financière reste valide pendant une période de six (6) mois pour tous les services indispensables fournis par une filiale JHM, à partir de la date de la lettre de détermination. Pour les patients qui reçoivent actuellement une aide financière d'une filiale de JHM, il n'est pas nécessaire de demander une aide financière pour une autre filiale. Les critères d'éligibilité et le niveau des prestations peut cependant varier selon l'affilié.
13. Toutes les délibérations d'éligibilité pour l'Aide financière se font à la seule discrétion du Sibley Memorial Hospital

Exception


Le Directeur du Cycle des recettes (ou équivalent affilié) peut faire des exceptions selon des circonstances individuelles.

	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	Numéro de politique	FIN034E
		Date effective	04-01-16
	Objet	Page	13 sur 24
	AIDE FINANCIÈRE	Remplace	28/06/13

GRILLE DE L'AIDE FINANCIÈRE POUR LES SOINS GRATUITS OU À UN TARIF RÉDUIT

TABLEAU POUR LA DÉTERMINATION DE L'INDEMNITÉ FINANCIÈRE Effectif à compter du 1er mars 2016				
# de Personnes dans la Famille	Limites maximales du revenu de la famille pour la gamme d'allocations			
	FPL X 1	FPL X 2	FPL X 3	FPL X 4
1	\$ 11,880	\$ 23,760	\$ 35,640	\$ 47,520
2	\$ 16,020	\$ 32,040	\$ 48,060	\$ 64,080
3	\$ 20,160	\$ 40,320	\$ 60,480	\$ 80,640
4	\$ 24,300	\$ 48,600	\$ 72,900	\$ 97,200
5	\$ 28,440	\$ 56,880	\$ 85,320	\$ 113,760
6	\$ 32,580	\$ 65,120	\$ 97,740	\$ 130,320
7	\$ 36,730	\$ 73,460	\$ 110,190	\$ 146,920
8*	\$ 40,890	\$ 81,780	\$ 122,670	\$ 163,560
Pour chaque membre supplémentaire de la famille, ajoutez :	\$ 4,160	\$ 8,320	\$ 12,480	\$ 16,640
Indemnité	100%	100%	100%-.95AGB	100% - AGB
Paiement prévu	0%	0%	95% de l'AGB	AGB

Les montants généralement facturés aux personnes disposant de l'assurance "AGB" seront calculés selon la méthode du bilan, définie comme toutes les demandes de soins d'urgence et médicalement nécessaires ayant été payés en intégralité à l'hôpital par Medicare et tous les assureurs santé privés ensemble comme payeurs principaux, en prenant en compte à chaque fois les montants payés à l'hôpital sous forme de coassurance ou de déductibles. Sibley calculera le(s) pourcentage(s) d'AGB au moins annuellement en examinant toutes les demandes payées intégralement lors des 12 mois précédents. Une fois déterminés, le(s) pourcentage(s) d'AGB seront mis en place sous 45 jours après la fin d'une période de 12 mois.


 <p>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E</p> <p>JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p>The Johns Hopkins Health System Politique et procédure</p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034E</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Date effective</p>	<p>04-01-16</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Page</p>	<p>14 sur 24</p>
		<p>Remplace</p>	<p>28/06/13</p>

Annexe A-1

Admissibilité pour une aide financière présumée

Des cas peuvent se présenter où un patient semble éligible à l'Aide financière mais où il n'y a pas de formulaire d'Aide financière enregistré. Souvent, des informations adéquates ont été fournies par le patient ou par d'autres sources, qui pourraient constituer une preuve suffisante pour accorder une aide financière au patient. Si aucune preuve n'existe pour soutenir l'admissibilité d'une demande d'aide financière du patient, JHHS se réserve le droit d'utiliser les services d'agences extérieures, afin de déterminer les montants de revenus estimés qui serviront de base à la détermination de l'admissibilité pour l'aide financière et les réductions éventuelles des frais de soins. Après qu'elle est déterminée, en raison de la nature même des circonstances présumées, la seule aide financière pouvant être accordée est une annulation à 100% du solde dû. L'admissibilité présumée pour une aide financière ne peut couvrir que les dates spécifiques de service au patient et est effective pendant une période de six (6) mois maximum. L'admissibilité présumée peut être déterminée selon les circonstances personnelles de la personne, qui peuvent comprendre :

- Couverture de la pharmacie dans le cadre de l'aide médicale active
- Couverture QMB / couverture SLMB
- Couverture du Programme de premiers soins adultes (PAC)
- Statut de sans-abri
- Aide médicale et patients bénéficiant de soins dans le cadre de Medicaid pour les services fournis au service des urgences, en plus de la couverture de ces programmes
- Patients des Demandes d'urgence du système de santé publique.
- Participation aux Programmes femmes et enfants (WIC)
- Programme d'aide alimentaire supplémentaire (SNAP) ou éligibilité aux coupons alimentaires
- Admissibilité dans le cadre de programmes d'aide locaux ou d'autres États qui ont une admissibilité financière de 200% ou moins de FPL
- Patient décédé dont on ne connaît pas la succession

	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	Numéro de politique	FIN034E
		Date effective	04-01-16
	Objet	Page	15 sur 24
	AIDE FINANCIÈRE	Remplace	28/06/13

Annexe B DIRECTIVES SUR L'AIDE EN CAS DE DIFFICULTÉS FINANCIÈRES MÉDICALES

Objet

Ces directives ont pour objet de fournir une détermination séparée et supplémentaire de l'aide financière. Cette détermination sera offerte à tous les patients faisant une demande d'aide financière.

L'aide financière en cas de difficultés financières médicales est disponible pour les patients qui ne sont pas éligibles à l'Aide financière à 100% selon la section principale de cette politique, mais :

- 1.) pour qui la dette médicale encourue sur une période de plus de douze (12) mois est supérieure à 25% du revenu de la famille, créant une difficulté financière médicale ; et
- 2.) qui sont au niveau de revenus de ce niveau d'Aide

Pour les patients éligibles aux soins à coûts réduits en vertu des critères d'Aide financière et qui ont droit à l'Aide aux difficultés financières médicales, Sibley doit appliquer la réduction des frais la plus favorable aux patients.

La difficulté financière médicale est définie comme étant une dette médicale pour un traitement médical indispensable dont a bénéficié une famille pendant une période de douze (12) mois et qui est supérieure à 25% du revenu de la famille.


La Dette médicale est définie comme des dépenses directes du patient pour des frais médicaux pour des traitements nécessaires facturés par l'hôpital Hopkins auquel la demande est effectuée, ces dépenses n'incluant pas quote-parts, coassurances et déductibles.

Le patient/garant peut demander que cette délibération soit faite en soumettant une demande pour Aide aux difficultés financières médicales (Pièce C), en soumettant la Demande d'aide financière de Sibley (Pièce A) et le questionnaire de profil patient (Pièce B). Le garant du patient doit également présenter une documentation financière du revenu de la famille pour la période de douze (12) mois précédant la date de la demande et une documentation prouvant que la dette médicale représente au moins 25% du revenu de la famille.

Lorsque la demande d'un patient pour une aide financière en cas de difficultés financières médicales a été approuvée, la couverture de l'aide financière en cas de difficultés financières médicales sera effective à compter du mois du premier service concerné et les douze (12) mois calendaires suivants. Elle couvre les membres de la famille immédiate du patient résidant dans le même ménage. Le patient et les membres de sa famille proche resteront éligibles pour des soins ultérieurs à prix réduit dans le même hôpital pendant douze (12) jours calendaires à compter de la date à laquelle les soins médicaux nécessaires à frais réduits ont été initialement reçus. La couverture ne s'appliquera à aucune procédure cosmétique. Cependant, au moment de l'enregistrement ou de l'admission, le patient ou le membre de la famille immédiate du patient, qui réside dans le même ménage, doit notifier l'hôpital de son admissibilité pour une diminution réduction des tarifs des soins médicaux indispensables.

Conditions de la demande d'aide financière en cas de difficultés financières médicales :

1. Le revenu du patient est inférieur à 500% du niveau fédéral de pauvreté.
2. Le patient a épuisé toutes les couvertures d'assurance.
3. Les soldes des comptes des patients des patients qui ont choisi "Voluntary Self Pay" ne seront pas comptés dans la dette médicale pour l'aide financière médicale en cas de difficultés financières médicales.
4. Le patient/le garant ne possède pas d'actifs monétaires pour plus de 10 000\$ qui seraient disponibles pour régler les factures des filiales de JHHS.
5. Le patient n'est pas admissible, pour l'une des raisons suivantes :

 <p>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	The Johns Hopkins Health System Politique et procédure	<i>Numéro de politique</i> FIN034E
	<i>Objet</i> AIDE FINANCIÈRE	<i>Date effective</i> 04-01-16
		<i>Page</i> 16 sur 24
		<i>Remplace</i> 28/06/13

- Aide médicale
- Autres formes d'aide disponible auprès des filiales de JHM

6. Le patient n'est pas éligible au Programme d'aide financière de Sibley ou y est éligible mais le Programme de difficultés financières médicales est plus adapté.
7. La filiale est en droit de demander au patient de fournir une documentation mise à jour.
8. Le délai maximal autorisé pour payer le montant qui n'est pas couvert par l'aide financière est de trois (3) ans.
9. Si un patient admissible pour le programme fédéral Medicaid a besoin d'un traitement qui ne soit pas approuvé par Medicaid mais qu'il est admissible pour une couverture dans le cadre du programme d'aide en cas de difficultés financières médicales, il doit présenter une demande d'aide financière en cas de difficultés financières médicales de JHHS, mais il n'est pas nécessaire qu'il présente une copie de la documentation adéquate.

Facteurs à prendre en compte

Pour l'évaluation de la demande d'aide financière en cas de difficultés financières médicales, les facteurs suivants doivent être pris en compte :


- Dette médicale encourues pendant les douze (12) mois précédant la date de la demande d'aide financière en cas de difficultés financières médicales dans l'établissement de traitement de Hopkins auprès duquel la demande a été faite.
- Actifs monétaires (laissant un solde résiduel de 10 000\$)
- Revenu familial pendant les douze (12) mois calendaires précédant la date de la demande d'aide financière en cas de difficultés financières médicales
- Documentation adéquate

Exception

Le Directeur du Cycle des recettes des Services financiers aux patients (ou équivalent affilié) ou son représentant peut faire des exceptions selon des circonstances individuelles.

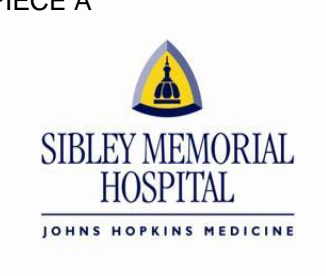
Méthode et procédure d'évaluation

1. Le Conseiller financier examine la demande d'aide financière en cas de difficultés financières médicales et la documentation connexe présentées par le patient/la partie responsable.
2. Le Conseiller financier remplit ensuite la feuille de travail de demande d'aide financière en cas de difficultés financières médicales (qui se trouve au bas de la demande), afin de déterminer l'admissibilité de considérations particulières dans le cadre de ce programme. Le processus de notification et d'approbation utilise les mêmes procédures décrites dans le Programme d'aide financière de cette politique.

 <p>JOHNS HOPKINS M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	The Johns Hopkins Health System	<i>Numéro de politique</i>	FIN034E
	Politique et procédure	<i>Date effective</i>	04-01-16
	<i>Objet</i>	<i>Page</i>	17 sur 24
	AIDE FINANCIÈRE	<i>Remplace</i>	28/06/13

GRILLE DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES MÉDICALES

TABLEAU POUR LA DÉTERMINATION DE L'INDEMNITÉ FINANCIÈRE			
Effectif à compter du 1er mars 2016			
# de Personnes dans la Famille	Niveau de revenu**		
	*300% du niveau fédéral de pauvreté	400% du niveau fédéral de pauvreté	500% du niveau fédéral de pauvreté
1	\$ 35,640	\$ 47,520	\$ 59,400
2	\$ 48,060	\$ 64,080	\$ 80,100
3	\$ 60,480	\$ 80,640	\$ 100,800
4	\$ 72,900	\$ 97,200	\$ 121,500
5	\$ 85,320	\$ 113,760	\$ 142,200
6	\$ 97,740	\$ 130,320	\$ 162,900
7	\$ 110,190	\$ 146,920	\$ 183,650
8*	\$ 122,670	\$ 163,560	\$ 204,450
Pour chaque membre supplémentaire de la famille, ajoutez :	\$ 12,480	\$ 16,640	\$ 20,800
Païement prévu plafonné à :	25% du revenu familial brut		



3910 Keswick Road, Suite S-5100
Baltimore, MD 21211

DEMANDE DE DÉLIBÉRATION D'ÉLIGIBILITÉ POUR DES SOINS NON RÉMUNÉRÉS

AVIS : FOURNITURES DE SERVICES NON RÉMUNÉRÉS ET DE SERVICES COMMUNAUTAIRES

Selon la loi du District de Columbia, ce fournisseur de soins doit rendre ses services disponibles à toutes les personnes de la communauté.

Ce fournisseur de soins n'est pas autorisé à discriminer une personne pour sa race, sa couleur de peau, sa religion, sa nationalité, son sexe, son âge, son statut marital, son apparence, son orientation sexuelle, ses responsabilités familiales, son éducation, son affiliation politique, un handicap physique, sa source de revenus, son lieu de résidence ou de travail, ou si une personne est couverte par un programme tel que Medicare ou Medicaid.

Ce fournisseur de soins doit également fournir un volume raisonnable de services sans frais ou à frais réduit aux personnes n'étant pas en mesure de payer. Demandez au personnel si vous êtes éligible aux services sans frais ou à frais réduits. Si vous pensez que l'on vous a refusé des services ou un traitement sans frais ou à frais réduit sans bonne raison, contactez le Bureau des admissions ou de la clientèle, et appelez l'agence de Planification sanitaire d'état via le centre d'appel de la ville au 202-727-1000.

Si vous souhaitez déposer une réclamation, des formulaires sont disponibles auprès de l'Agence de développement de couverture santé de l'état.

DEMANDE DE DÉTERMINATION D'ÉLIGIBILITÉ POUR DES SERVICES NON RÉMUNÉRÉS

DATE DE LA DEMANDE : _____

NOM DU PATIENT : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

NOM DE L'ÉPOUX(SE) : _____

DATE DE NAISSANCE : _____

ADRESSE : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : _____

EMAIL : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU PATIENT : _____

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DE L'ÉPOUX(SE) : _____

PERSONNES À CHARGE :

NOM	ÂGE	RELATION AU PATIENT

REVENU (MENSUEL)

SALAIRES : _____

PENSIONS : _____

AIDE PUBLIQUE : _____

INTÉRÊTS : _____

SÉCURITÉ SOCIALE : _____

DIVIDENDES : _____

INDEMNITÉ
CHÔMAGE : _____

INDEMNISATION
ACCIDENTS : _____

PENSION ALIMENTAIRE : _____

AUTRE : _____

PENSION ALIMENTAIRE
POUR ENFANT : _____

AUTRE : _____

LOYERS : _____

AUTRE : _____

EMPLOI :

NOM DE L'EMPLOYEUR DU PATIENT : _____

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR DU PATIENT : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR
DU PATIENT : _____

NOM DE L'EMPLOYEUR DE L'ÉPOUX(SE) : _____

ADRESSE DE L'EMPLOYEUR DE
L'ÉPOUX(SE) : _____

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR
DE L'ÉPOUX(SE) : _____

**ASSURANCE HOSPITALISATION : (INCLUANT MEDICARE, MEDICAID, ASSURANCE
COMMERCIALE)**

NOM DE LA COMPAGNIE
D'ASSURANCE : _____

NUMÉRO DE GROUPE : _____ NUMÉRO DE POLICE : _____

NOM DE LA COMPAGNIE
D'ASSURANCE : _____

NUMÉRO DE GROUPE : _____ NUMÉRO DE POLICE : _____

BIENS : (VEUILLEZ COCHER CEUX QUI
S'APPLIQUENT)

_____ ESPÈCES / COMPTE COURANT /
D'ÉPARGNE..... VALEUR : \$ _____

_____ ACTIONS / OBLIGATIONS /
CERTIFICATS..... VALEUR : \$ _____

_____ IMMOBILIER..... VALEUR : \$ _____

_____ AUTRES (VOITURE, MOBILE HOME, BATEAUX,
ETC.,)..... VALEUR : \$ _____

DESCRIPTION D'"AUTRE" : _____

OBLIGATIONS MENSUELLES :

LISTE DE CARTES DE CRÉDIT, PRÊTS ET DÉPENSES COURANTES :

NOM DU CRÉDITEUR	PAIEMENT MENSUEL	SOLDE IMPAYÉ

JE SOUSSIGNÉ, DEMANDE À SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL D'EFFECTUER UNE DÉLIBÉRATION QUANTÀ MON ÉLIGIBILITÉ À DES SOINS NON RÉMUNÉRÉS.

J'AUTORISE SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL À EXAMINER, PAR TOUS MOYENS INCLUANT MON EMPLOYEUR ET MES CONFIRMATIONS DE CRÉDIT VIA DES AGENCES D'ÉVALUATION DE CRÉDIT, MA SITUATION FINANCIÈRE.

JE COMPRENDS ÉGALEMENT QUE SI TOUTE INFORMATION QUE JE FOURNIS S'AVÈRE FAUSSE, CETTE DÉLIBÉRATION ABOUTIRA À UN REFUS ET JE SERAI RESPONSABLE DE TOUS LES FRAIS.

L'ACCEPTATION DE CETTE DEMANDE PAR SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL NE GARANTIT PAS L'OCTROI DE SOINS NON RÉMUNÉRÉS.

SIGNATURE DU DEMANDEUR : _____ **DATE :** _____

Pièce D :

Soins médicaux pour les personnes n'étant pas en mesure de payer Programme d'aide communautaire du Sibley Memorial Hospital

Selon la loi du district, le Sibley Memorial Hospital a l'obligation de rendre ses services disponibles à toutes les personnes de la communauté. Sibley Memorial Hospital ne peut pas discriminer un patient ou un demandeur de services pour sa race, sa couleur de peau, sa religion, sa nationalité, son sexe, son âge, son statut marital, son apparence, son orientation sexuelle, ses responsabilités familiales, son éducation, son affiliation politique, un handicap physique, sa source de revenu, son lieu de résidence ou de travail, ou parce qu'un patient ou demandeur est couvert par un programme tel que Medicare ou Medicaid." Sibley Memorial Hospital doit également fournir un volume raisonnable de services sans frais ou à frais réduits aux personnes qui ne sont pas en mesure de payer.

Si vous souhaitez demander une aide financière concernant votre facture d'hôpital, veuillez contacter les Conseillers financiers situés au Service des admissions au 202-537-4160 ou au 202-537-4161. Vous devrez remplir une candidature incluant des informations sur la taille de votre famille, son revenu, ses dépenses et d'autres informations personnelles. Ces informations seront examinées et une décision sera prise par un comité. L'hôpital utilisera les directives fédérales sur la pauvreté pour déterminer votre éligibilité à l'aide financière. Une notification écrite de votre éligibilité vous sera adressée sous 30 jours après la réception de la demande complète par l'hôpital, avec tous les documents requis. Les individus éligibles à l'Aide financière ne se verront pas facturer davantage pour les urgences ou d'autres soins médicalement nécessaires que les frais généralement facturés aux individus dont l'assurance couvre de tels soins.

Si vous estimez que l'on vous a indûment refusé des services, contactez le Bureau des conseillers financiers du Sibley Memorial Hospital au 202-537-4160 or 202-537-4161

ou appelez l'Agence de développement sanitaire (SHPDA) au 202-442-5875 (ou autre numéro de téléphone fourni par le SHPDA au prestataire de soins par écrit).