	<b>The Johns Hopkins Health System</b> <b>Politique et procédure</b>	Numéro de politique	FIN034H
		Date effective	01-04-16
	<i>Objet</i> AIDE FINANCIÈRE	Page	1 de 18
		Remplace	23-10-13

## POLITIQUE

**La présente politique s'applique aux entités suivantes de The Johns Hopkins Health System Corporation (JHHS) : Howard County General Hospital (HCGH) et Suburban Hospital (SH).**

### Objectif

JHHS s'engage à fournir une aide financière aux patients ayant besoin de soins de santé et qui ne bénéficient pas d'une assurance, ne sont pas suffisamment assurés, ne sont pas admissibles dans le cadre de programmes gouvernementaux ou de manière générale, dont la situation financière ne permet pas de payer pour les soins médicaux nécessaires.

Les institutions médicales de Johns Hopkins ont pour politique de fournir une aide financière selon le niveau de pauvreté ou les dettes médicales importantes de patients qui répondent à des critères financiers précis et sollicitent une telle aide. L'objet de la déclaration de politique suivante est de décrire comment déposer les demandes d'aide financière, quels sont les critères d'admissibilité et les étapes du traitement de chaque demande.

Les hôpitaux de JHHS publient les disponibilités d'aide financière, chaque année, dans les journaux locaux ; et affichent les avis de disponibilité dans les sites d'enregistrement des patients, les services d'entrée / commerciaux, les services de facturation, et dans le service des urgences dans chaque établissement. Un avis de disponibilité est posté sur le site web de chaque hôpital, mentionné lors de communications orales et inscrit sur les factures envoyées aux patients. Une fiche de renseignements sur l'aide financière et la facturation des patients est fournie aux patients hospitalisés, avant leur sortie, et est mise à la disposition de tous les patients qui en font la demande.

L'aide financière peut être prolongée si un examen de la situation financière du patient a été effectué et documenté. L'examen en vue d'une aide en cas de difficultés financières pour des raisons d'ordre médical comprend la vérification des dépenses et des obligations médicales existantes du patient (notamment tous les comptes placés en créances irrécouvrables), ainsi que des dépenses médicales prévues. Les demandes d'aide financière et d'aide en cas de difficultés financières pour des raisons d'ordre médical, peuvent être proposées aux patients dont les comptes ont été transmis à une agence de recouvrement et s'appliquent uniquement à ces comptes pour lesquels un jugement n'a pas été rendu, tant que les autres conditions sont remplies.


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

Ci-joint en **PIÈCE D**, une liste de médecins prodiguant des soins d'urgence et des soins médicaux indispensables, tels que définis par la politique de HCGH et de SH. Cette liste indique si un médecin est concerné 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 JHHS auprès duquel est déposée la demande. Les dépenses ne comprennent pas les co-paiements, la co-assurance et les franchises, excepté si le patient a acheté une assurance via une couverture santé adéquate et s'il répond aux conditions d'admissibilité. Les dettes liées aux soins médicaux ne

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>The Johns Hopkins Health System</b> <b>Politique et procédure</b></p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Date effective</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Page</p>	<p>2 de 18</p>
		<p>Remplace</p>	<p>23-10-13</p>

comprennent pas les factures d'hôpital que le patient a choisi de payer lui-même (Voluntary Self Pay) (choisissant de ne pas cotiser au régime d'assurance ou refusant la facturation à l'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	Traitements médicaux indispensables pour protéger la santé d'un patient et en l'absence desquels la condition du patient pourrait empirer, conformément aux normes convenues de la pratique médicale et non seulement pour le confort du patient. Les soins médicaux indispensables ne comprennent pas les procédures non urgentes ou 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.
Couverture	En vertu de la loi « Affordable Care Act », depuis 2014, une couverture santé adéquate certifiée par le marché de l'assurance santé, fournit les principaux avantages médicaux, respecte les limites établies quant au partage des coûts (tels que les franchises, les co-paiements et les montants maximums payés par les patients) et répond à d'autres exigences. Une couverture santé adéquate est certifiée par chaque marché sur lequel elle est vendue.


 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>The Johns Hopkins Health System</b> <b>Politique et procédure</b></p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Date effective</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Page</p>	<p>3 de 18</p>
		<p>Remplace</p>	<p>23-10-13</p>

## 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.
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 d'hôpital sont traitées dans un délai de deux jours ouvrés et une détermination établit l'admissibilité éventuelle. 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 candidats au cours du processus, nous fournissons une déclaration d'agrément conditionnel qui leur permet de savoir quels documents sont requis pour la détermination finale d'admissibilité.
    - b. Les dossiers de demande reçus sont envoyés au Service financier des patients de JHHS (JHHS Patient Financial Services Department) chargé d'examiner les demandes d'aide financière ; une détermination par écrit de l'admissibilité éventuelle est transmise au patient.
    - c. À HCGH, les demandes remplies et tous les documents connexes soumis à l'hôpital sont approuvés via le processus de signature des Responsables concernés. Lorsqu'elle est approuvée et signée, la demande approuvée est envoyée aux Services financiers des patients de JHHS afin que la détermination d'admissibilité soit envoyée par courrier au patient.
  4. Pour déterminer une admissibilité finale, les critères suivant doivent être respectés :
    - a. Le patient doit faire une demande d'aide médicale ou de couverture sociale via une couverture santé adéquate et coopérer pleinement avec l'équipe d'aide médicale ou son représentant désigné, excepté si le représentant financier peut déterminer d'emblée que le patient ne répond pas aux exigences d'admissibilité. 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 complètes.
    - b. Toutes les prestations d'assurance doivent avoir été épuisées.


 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>The Johns Hopkins Health System</b> <b>Politique et procédure</b></p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Date effective</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Page</p>	<p>4 de 18</p>
		<p>Remplace</p>	<p>23-10-13</p>

5. Dans la mesure du possible, dans le Maryland, une seule procédure de candidature est présentée pour tous les hôpitaux de JHHS. Il est demandé au patient de fournir les documents suivants :
- Un dossier complet de demande d'aide financière (Pièce A) et un Questionnaire de profil du patient (Pièce 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).
  - 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.
  - Un avis de détermination d'aide médicale (le cas échéant).
  - La preuve d'un revenu d'invalidité (le cas échéant).
  - Une preuve raisonnable des autres dépenses déclarées.
  - Le patient qui n'a pas la nationalité américaine doit remplir la Demande d'aide financière (PIÈCE A). De plus, le Conseiller financier doit contacter le Consulat américain du pays de résidence du patient. Le Consulat américain doit pouvoir fournir des informations sur les revenus du patient. Cependant, les informations sur la santé financière du patient varient selon le pays. Après avoir obtenu les informations auprès du Consulat américain, le Conseiller financier rencontre le Directeur du Cycle des revenus et/ou le Directeur financier (HCGH) ou le Directeur de PFS et/ou le Directeur financier (SH), afin de déterminer si des informations supplémentaires sont nécessaires.
  - Si le patient est sans emploi, une preuve raisonnable du statut de demandeur d'emploi, telle 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 comme étant une dépense personnelle, excluant les co-paiements, la co-assurance et franchises, excepté si le patient a acheté une assurance via une couverture de santé adéquate et s'il répond aux exigences d'admissibilité pour les coûts médicaux facturés par un hôpital JHHS. 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. À HCGH, le Conseiller financier transmet la demande au Directeur du Cycle de revenus pour un examen et une décision finale d'admissibilité, conformément aux directives de JHMI.
- Si la demande est refusée, le patient a le droit de faire appel. Le Conseiller financier transmet alors la demande et les pièces jointes au Directeur financier (HCGH) ou au Directeur PFS et au Directeur financier (SH) pour une évaluation et une décision finale.
  - Si la demande d'aide financière du patient est basée sur une dette médicale excessive ou en cas de circonstances atténuantes, telles qu'identifiées par le Conseiller financier ou une personne désignée, le Conseiller financier transmet la demande et les pièces jointes au Directeur des cycles de revenus et au Directeur financier (HCGH) ou au Directeur PFS et au

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>The Johns Hopkins Health System</b> <b>Politique et procédure</b></p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034H</p>
		<p>Date effective</p>	<p>01-04-16</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Page</p>	<p>5 de 18</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Remplace</p>	<p>23-10-13</p>

Directeur financier (SH). Ceux-ci ont le pouvoir décisionnel pour approuver ou rejeter la demande. Il est entendu que la décision finale quant à la demande d'aide financière examinée par le Directeur du Cycle de revenus et le Directeur financier (HCGH) ou le Directeur PFS et le Directeur financier (SH) est rendue dans un délai de 30 jours à partir de la date du dossier de demande. Le Directeur du Cycle de revenu et le Directeur financier (HCGH) ou le Directeur PFS et le Directeur financier (SH) basent leur détermination sur les besoins financiers établis par les directives de JHHS.

7. Chaque service clinique a la possibilité de désigner certaines procédures facultatives pour 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. Les programmes du département bénéficiant d'une subvention ou toute autre autorité dirigeante extérieure (par ex. : psychiatrie) peut continuer à utiliser un processus de demande et une échelle des revenus associés parrainés par le gouvernement.
10. 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. A la demande d'un patient qui ne bénéficie pas d'une assurance et dont le niveau de revenu entre dans la grille difficultés financières médicales en raison de faibles revenus, jointe en Annexe B, JHHS met à disposition du patient un programme de paiements. 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.
11. Admissibilité pour une aide financière présumée. Dans certains cas, il peut sembler qu'un patient soit admissible pour une aide financière, mais aucun dossier de demande d'aide financière n'est 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. Excepté en cas d'éligibilité pour Medicaid ou CHIP, les patients bénéficiaires/allocataires de programmes de services sociaux soumis à des conditions de ressources listés par la Commission de révision des services de santé (Health Services Cost Review Commission) dans COMAR 10.37.10.26 A-2 sont considérés pouvant bénéficier d'une admissibilité présumée pour des soins gratuits, si le patient présente une preuve de son inscription dans les 30 jours après la date de service. Cette période de 30 jours peut être prolongée à 60 jours, si le patient ou son représentant fait la demande d'une telle prolongation. L'Annexe A-1 fournit une liste des circonstances de la vie, en plus de celles spécifiées par les réglementations mentionnées ci-dessus qui qualifient le patient pour une admissibilité présumée.
12. Les demandes d'aide financière ne peuvent être présentées pour/par un patient que si les comptes d'hôpitaux sont ouverts et non payés.


 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>The Johns Hopkins Health System</b> <b>Politique et procédure</b></p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Date effective</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Page</p>	<p>6 de 18</p>
		<p>Remplace</p>	<p>23-10-13</p>

13. 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 (PIÈCE A), excepté s'ils répondent aux critères d'admissibilité présumée pour l'aide financière (Voir Annexe A-1). 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 Directeur du Cycle des revenus et du Directeur financier (HCGH) ou du Directeur PFS et du Directeur (SH). 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.
14. Les patients qui bénéficient d'une couverture dans le cadre de la couverture de santé adéquate et qui demandent de l'aide pour les coûts qu'ils doivent payer eux-mêmes (co-paiements et franchises) pour les frais médicaux résultant de soins médicaux indispensables, devront soumettre une demande d'aide financière, si le patient est à 200% du seuil de pauvreté défini par les lignes directrices fédérales sur la pauvreté.
15. 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.
16. Depuis le 1er octobre 2010, si après une période de deux (2) ans après la date de service, un patient est jugé admissible pour des soins gratuits à la date du service (conformément aux normes d'admissibilités applicables à la date du service), le patient se voit rembourser les montants reçus du patient/garant qui dépassent 25\$. Si la documentation de l'hôpital démontre un manque de coopération du patient ou du garant pour fournir les informations permettant de déterminer l'admissibilité pour des soins gratuits, cette période de deux (2) années peut être réduite à 30 jours à partir de la date de la demande initiale d'informations. Si le patient est inscrit dans un régime gouvernemental de soins de santé fondé sur les moyens financiers qui nécessite que le patient paie lui-même les services de l'hôpital, le patient ou le garant ne peut alors bénéficier du remboursement de fonds qui résulterait alors en ce que le patient perde l'admissibilité financière pour une couverture de santé.
17. 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.

### **RÉFÉRENCE<sup>1</sup>**

Politiques financières et manuel de procédures de JHHS (JHHS Finance Policies and Procedures Manual)

<sup>1</sup> REMARQUE : Des demandes standardisées pour l'assistance 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><b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>The Johns Hopkins Health System</b> <b>Politique et procédure</b></p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034H</p>
		<p>Date effective</p>	<p>01-04-16</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Page</p>	<p>7 de 18</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Remplace</p>	<p>23-10-13</p>

Politique no. FIN017 – Pouvoir de signature : Services financiers des patients  
(Policy No. FIN017 - Signature Authority : Patient Financial Services)

Politique no. FIN033 – Paiements échelonnés (Policy No. FIN033 - Installment Payments)

Soins gratuits et créances irrécouvrables, Guide de l'audit des soins de la santé AICPA (Charity Care and Bad Debts, AICPA Health Care Audit Guide)

Règlementations du Code of Maryland COMAR 10.37.10.26, et seq  
Code du Maryland sur la santé générale (Maryland Code Health General) 19-214, et seq  
Directives fédérales sur la pauvreté (mises à jour chaque année) dans le Registre fédéral

### **RESPONSABILITÉS - HCGH, SH**

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 patients éventuels ; initie les processus de demande, le cas échéant. Si nécessaire, assiste le patient pour remplir la demande ou le formulaire spécifique au programme.

Le jour où la demande préliminaire est reçue, l'envoie au Service financier des patients pour que soit déterminée la probabilité d'une admissibilité.

Vérifie la demande préliminaire (PIÈCE A), le Questionnaire de profil du patient (PIÈCE B), et la demande en cas de difficultés financières médicales (PIÈCE C), si soumise afin de permettre la détermination de la probabilité d'une admissibilité. Dans les deux jours après réception de la demande préliminaire, envoie le résultat de la détermination par courrier, à la dernière adresse connue du patient ou la transmet au patient si celui-ci 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.

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>The Johns Hopkins Health System</b> <b>Politique et procédure</b></p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034H</p>
		<p>Date effective</p>	<p>01-04-16</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Page</p>	<p>8 de 18</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Remplace</p>	<p>23-10-13</p>

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 30 jours ouvrés après avoir reçu le dossier de demande complété. Lorsque le patient est admissible 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 eux, 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 l'admissibilité présumée.

Personnel de l'administration  
financière (Directeur/Trésorier ou  
affilié équivalent)  
Directeur CP et personnel de  
l'administration

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 financier (HCGH, SH)  
Directeur du Cycle de revenus (HCGH)  
Directeur PFS (SH)

### **CYCLE DE RÉVISION**


Deux (2) années

### **APPROBATION**

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


\_\_\_\_\_  
Date



 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>The Johns Hopkins Health System</b> <b>Politique et procédure</b></p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Date effective</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Page</p>	<p>9 de 18</p>
		<p>Remplace</p>	<p>23-10-13</p>

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


1. Chaque patient qui demande une aide financière doit remplir un Dossier JHM/de demande d'aide financière (également connu sous le nom de Dossier d'aide financière de l'État du Maryland - Maryland State Uniform Financial Aide Application), PIÈCE A, et un Questionnaire de profil du patient, PIÈCE B. Si le patient souhaite bénéficier du programme d'aide en cas de difficultés financières médicales, il doit déposer un dossier de Demande d'aide financière en cas de difficultés financières médicales, 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 ou de couverture d'assurance via une couverture santé adéquate et coopérer entièrement avec l'équipe d'aide financière médicale ou son représentant, excepté si le représentant des finances peut d'emblée déterminer que le patient ne répond pas aux exigences d'admissibilité. 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.
4. 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.
  - (e) Pour un patient qui n'a pas la nationalité américaine, le Conseiller financier doit contacter le Consulat américain du pays de résidence du patient. Le Consulat américain doit pouvoir fournir des informations sur les revenus du patient. Cependant, les informations sur la santé financière du patient varient selon le pays. Après avoir obtenu les informations auprès du Consulat américain, le Conseiller financier rencontre le Directeur du Cycle des revenus et/ou le Directeur financier, afin de déterminer si des informations supplémentaires sont nécessaires.
5. Les patients sont admissibles pour une aide financière si le revenu maximum de leur famille (couple marié) (tel que défini par les réglementations de Medicaid) n'est pas supérieur à chaque norme de la filiale (relative aux directives fédérales sur la pauvreté) et s'il n'est pas propriétaire d'actifs monétaires \*pour un montant dépassant 10 000\$, disponible pour couvrir les factures de JHHS.
6. Toutes les ressources financières doivent être utilisées avant que l'aide financière puisse être attribuée ; cela inclut l'assurance, l'aide médicale et tous les programmes d'affiliation pour lesquels le patient peut se qualifier. S'il est clair qu'un patient qui n'a pas la nationalité américaine ne sera pas admissible pour l'aide financière médicale, un avis d'aide médicale ne sera pas nécessaire.
7. Les patients qui choisissent de payer eux-mêmes leurs factures ne peuvent prétendre à l'aide financière pour le montant dû sur tout compte enregistré en tant que payé par le patient lui-même.

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>The Johns Hopkins Health System</b> <b>Politique et procédure</b></p>	<p><i>Numéro de politique</i></p>	<p>FIN034H</p>
		<p><i>Date effective</i></p>	<p>01-04-16</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p><i>Page</i></p>	<p>10 de 18</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p><i>Remplace</i></p>	<p>23-10-13</p>

8. L'aide financière ne s'applique pas pour les frais de confort, les frais de chambre privée ou aux opérations cosmétiques non indispensables. Les frais non-hospitaliers sont à la charge du patient. En cas de questions ou de besoin d'éclaircissement sur la différence entre une « admission non urgente » ou une « admission médicale indispensable », le médecin chargé de l'admission du patient est consulté et le dossier est également transmis au médecin conseiller désigné par l'hôpital.
9. Chaque filiale détermine l'admissibilité finale pour une aide financière dans les trente (30) jours ouvrés après la date à laquelle le dossier de demande a été dûment rempli et déposé. Le Conseiller financier rend la détermination finale d'admissibilité.
10. La documentation de l'admissibilité finale est maintenue pour tous les comptes de patients (ouverts). Un avis de détermination est envoyé au patient.
11. La détermination de l'admissibilité pour l'aide financière basée sur la soumission d'une aide financière (PIÈCE A) 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.
12. Toutes les déterminations d'admissibilité pour une aide financière sont uniquement à la discrétion de la filiale de JHHS.

Exception

Le Directeur du Service financier pour les patients (ou équivalent pour la filiale) peut faire des exceptions, selon les cas personnels.

	<b>The Johns Hopkins Health System Politique et procédure</b>		<i>Numéro de politique</i>	FIN034H
			<i>Date effective</i>	01-04-16
	<i>Objet</i>		<i>Page</i>	11 de 18
	<b>AIDE FINANCIÈRE</b>		<i>Remplace</i>	23-10-13

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

3	\$ 40,180	\$ 44,198	\$ 48,216	\$ 52,234	\$ 56,252	\$ 60,270
4	\$ 48,500	\$ 53,350	\$ 58,200	\$ 63,050	\$ 67,900	\$ 72,750
5	\$ 56,820	\$ 62,502	\$ 68,184	\$ 73,866	\$ 79,548	\$ 85,230
6	\$ 65,140	\$ 71,654	\$ 78,168	\$ 84,682	\$ 91,196	\$ 97,710
7	\$ 73,460	\$ 80,806	\$ 88,152	\$ 95,498	\$ 102,844	\$ 110,190
8*	\$ 81,780	\$ 89,958	\$ 98,136	\$ 106,314	\$ 114,492	\$ 122,670
**montant pour chaque membre	\$8,120	\$8,932	\$9,744	\$10,556	\$11,368	\$12,180
Allocations:	100%	80%	60%	40%	30%	20%


\*200% des directives sur la pauvreté

\*\* Pour une famille de plus de huit (8) membres.

EXEMPLE :

Revenu annuel de la famille	54 000\$
# de personnes dans la famille	4
Niveau de revenu du seuil de pauvreté	47 700\$
Limites maximales de la gamme d'allocations	57 240 \$ (60% de la gamme)

(54 000 \$ et moins que la limite supérieure de revenu ; aussi le patient est admissible pour une aide financière.)

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<p><b>The Johns Hopkins Health System</b> <b>Politique et procédure</b></p>	<p>Numéro de politique</p>	<p>FIN034H</p>
	<p><i>Objet</i></p>	<p>Date effective</p>	<p>01-04-16</p>
	<p>AIDE FINANCIÈRE</p>	<p>Page</p>	<p>12 de 18</p>
		<p>Remplace</p>	<p>23-10-13</p>


## Annexe A-1

### Admissibilité pour une aide financière présumée

Quelquefois, un patient peut être admissible pour une aide financière, mais aucun formulaire de demande d'aide financière n'a été 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
- 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 pour une demande d'urgence dans le cadre du système de santé publique du Maryland (Maryland Public Health System)
- Participant actif dans le Chase Brexton Health Center (Voir Annexe C) (applicable pour les patients de HCGH)
- Participation dans le programme pour les femmes, les nourrissons et les enfants (Women, Infants and Children Programs - WIC)\*
- Programme d'aide pour une nutrition supplémentaire (Supplemental Nutritional Aide program - SNAP) ou admissibilité pour les bons alimentaires (Food Stamp) \*
- Ménages avec des enfants bénéficiant de programmes de déjeuners gratuits ou à prix réduit\*
- Participation dans le programme d'aide à l'énergie pour les ménages à faibles revenus \*
- Admissibilité dans le cadre de programmes d'aide locaux ou d'autres États qui ont une admissibilité financière de 200% ou moins de FPL
- Patients référés dans Suburban Hospital par des organisations en partenariat avec Suburban (Voir Annexe E)
- Patients décédés dont on ne connaît pas la succession
- Mamans du Health Department – pour les consultations externes non urgentes et non couvertes par l'aide financière médicale
- Patient dont il est déterminé qu'il répond aux critères d'éligibilité dans l'ancien Programme d'aide financière médicale dans l'État uniquement (State Only Medical Aide Program)
- Patient renvoyé par SRT car ne répondant pas aux critères d'invalidité mais qui répondent aux exigences financières dans le cadre de l'aide financière médicale

\*Ces circonstances de la vie sont décrites dans COMAR 10.37.10.26 A-2. Le patient doit présenter une preuve de son inscription dans ces programmes, dans les 30 jours après le traitement, excepté si celui-ci demande un report de 30 jours).

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>Système de santé de The Johns Hopkins</b> <b>Politique et procédure</b>	<i>Numéro de politique</i>	FIN034H
		<i>Date d'entrée</i>	01-04-16
	<i>Objet</i>	<i>Page</i>	14 de 18
	AIDE FINANCIÈRE	<i>Remplace</i>	23-10-13

## 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.

Une aide en cas de difficultés financières médicales est disponible pour les patients qui ne sont pas admissibles dans le cadre de l'aide financière sous 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 répondent aux normes sur les salaires pour ce niveau d'aide.

Pour les patients qui sont admissibles pour des tarifs réduits des soins, conformément aux critères de l'aide financière et qui répondent également aux directives de l'aide en cas de difficultés financières médicales, JHHS applique une réduction des frais qui soit la plus favorable pour le patient.

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 étant une dépense du patient pour des frais médicaux dans le cadre de soins médicaux indispensables, facturés par l'hôpital Hopkins auprès de qui est faite la demande. Les dépenses mentionnées ci-dessus ne comprennent pas les co-paiements, la co-assurance et les franchises, excepté si le patient est en-dessous de 200% des directives fédérales sur la pauvreté.

Le patient/garant peut demander qu'une telle détermination soit effectuée en déposant un dossier de demande d'aide financière médicale en cas de difficultés financières médicales (PIÈCE C), au moment de soumettre un dossier JHM/de demande d'aide financière, également connu sous l'appellation Maryland State Uniform Financial Aide Application (PIÈCE A), et le Questionnaire de profil du patient (Patient Profile Questionnaire) (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 immédiate restent admissibles pour une réduction des tarifs des soins médicaux indispensables lorsque celui-ci se présente pour des soins ultérieurs dans le même hôpital, pendant douze (12) mois calendaires à partir de la date à laquelle les soins médicaux indispensables à des tarifs réduits lui ont été donnés. La couverture ne s'applique pas en cas d'admissions non urgente, ni en cas de procédures non urgentes ou cosmétiques. 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

 <p><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>Système de santé de The Johns Hopkins</b> <b>Politique et procédure</b>	<i>Numéro de politique</i> FIN034H
	<i>Objet</i> AIDE FINANCIÈRE	<i>Date d'entrée</i> 01-04-16
		<i>Page</i> 14 de 18
		<i>Remplace</i> 23-10-13

- 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 :
    - Aide médicale
    - Autres formes d'aide disponible auprès des filiales de JHM
  6. Le patient n'est pas admissible pour le programme d'aide financière de JHM ou il l'est, mais le programme d'aide financière médicale en cas de difficultés financières médicales peut lui être plus favorable.
  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 JHHS 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 Vice-président, le Directeur financier ou son représentant, peut accorder des exceptions, selon les cas personnels.

#### 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><b>JOHNS HOPKINS</b> MEDICINE JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM</p>	<b>Système de santé de The Johns Hopkins</b>		<i>Numéro de politique</i>	FIN034H
	<b>Politique et procédure</b>		<i>Date d'entrée</i>	01-04-16
	<i>Objet</i>		<i>Page</i>	14 de 18
	AIDE FINANCIÈRE		<i>Remplace</i>	23-10-13

## GRILLE DES DIFFICULTÉS FINANCIÈRES MÉDICALES

Limites maximales du revenu de la famille pour la gamme d'allocations

# de personnes dans la famille	Niveau de revenu**		
# de personnes dans la famille	*300% de FPL	400% de FPL	500% de FPL
1	\$ <b>35,310</b>	\$ 47,080	\$ 58,850
2	\$ <b>47,790</b>	\$ 63,720	\$ 79,650
3	\$ <b>60,270</b>	\$ 80,360	\$ 100,450
4	\$ <b>72,750</b>	\$ 97,000	\$ 121,250
5	\$ <b>85,230</b>	\$ 113,640	\$ 142,050
6	\$ <b>97,710</b>	\$ 130,280	\$ 162,850
7	\$ <b>110,190</b>	\$ 146,920	\$ 183,650
8*	\$ <b>122,670</b>	\$ 163,560	\$ 204,450
Allocations:	50%	35%	20%

\*Pour les familles de plus de 8 membres, ajoutez 12 480\$ pour chaque personne supplémentaire à 300% de FPL, \$16,640 à 400% de FPL ; et 20 800\$ à 500% de FPL.

## Exhibit C

### **ANNEXE C (HCGH uniquement) AIDE FINANCIÈRE POUR LES PATIENTS DE CHASE BREXTON**

#### Objet

Chase Brexton Health Services, Inc. est une organisation communautaire à but non lucratif offrant de nombreux services médicaux, psychologiques et sociaux, de façon non-discriminatoire, à Baltimore City, dans les comtés de Baltimore et Howard. Chase Brexton offre des services à tous, quelles que soient leurs possibilités de paiement. Chase Brexton s'occupe des personnes non ou insuffisamment assurées, bénéficiant de Medicare et Medicaid, ou qui possèdent une assurance commerciale. Les gestionnaires de cas de Chase Brexton travaillent avec les patients, afin de déterminer leur admissibilité pour des soins à un coût minimum et/ou des programmes appropriés et des prestations disponibles pour les personnes ayant des ressources limitées.

La présente procédure concerne les sites d'enregistrement, la vérification et la planification ainsi que les services financiers des patients de Howard County General Hospital. Elle présente le traitement des patients admissibles pour les services de Chase Brexton Health Services. La politique de HCGH est d'accepter des patients qui ont été précédemment sélectionnés par Chase Brexton pour obtenir une aide financière. Les patients n'ont pas à demander une aide, mais doivent notifier HCGH de leur participation dans ce programme.

#### Cas de patients hospitalisés / en consultation externe


Tous les patients hospitalisés de Chase Brexton sont sélectionnés par le Conseiller financier du Howard County General Hospital, dans l'éventualité d'une aide financière médicale. Dans le cadre du processus de demande, les rendez-vous sont pris auprès du travailleur social du Howard County General Hospital. Si l'aide financière médicale est accordée, la demande est facturée au service d'aide médicale. Si le patient n'est pas admissible pour une aide financière médicale, lors de la facturation finale, le régime d'assurance de FAR.PENDIN, FARB20, FARN40, FARN50, FARN70 FARN80 et FAR100 est attribué au cas et la demande est automatiquement annulée du code d'allocation d'aide financière / soins de charité. L'attribution du code d'assurance est basée sur le niveau des soins à tarif réduit pour lesquels le patient est admissible.

<b>Assurances listées comme suit :</b>	<b>Soins de charité :</b>	<b>A payer par le patient :</b>
FAR.PENDIN	En attente de vérification	
FARB20	20% des frais	80% des frais
FARN40	40% des frais	60% des frais
FARN50	50% des frais	50% des frais
FARN70	70% des frais	30% des frais
FARN80	80% des frais	20% des frais
FAR100	100% des frais	0% des frais


#### **PROCÉDURE**

1. Lorsqu'un patient se présente au HCGH pour recevoir des services et déclare qu'il est enregistré auprès du centre de santé Chase Brexton, si le patient n'a pas consulté dans les six derniers mois, le personnel d'enregistrement entre le code d'assurance de FAR.PENDIN dans Meditech. Si le patient est dans le système à une date de service de moins de 6 mois et s'il a déjà été identifié comme étant un patient de Chase Brexton admissible pour un certain niveau de soins de charité, la personne chargée des enregistrements peut autoriser que soit sélectionné le code d'assurance de (FARB20, FARN40 etc.)
2. Le Conseiller financier principal reçoit un rapport quotidien avec tous les patients enregistrés avec un code FAR.
3. Le conseiller financier principal contrôle tous les patients sur le rapport quotidien, afin de valider qu'ils sont actifs auprès du centre de santé Chase Brexton et qu'ils sont admissibles pour le niveau de tarifs des soins.
4. Le conseiller financier principal est responsable de la mise à jour des codes assurance pour refléter le niveau adéquat de soins de charité et collecter le solde du patient (le cas échéant).



 <b>JOHNS HOPKINS</b> M E D I C I N E <hr/> JOHNS HOPKINS HEALTH SYSTEM	<b>Systeme de santé de The Johns Hopkins</b> <b>Politique et procédure</b>	<i>Numéro de politique</i>	FIN034H
		<i>Date d'entrée</i>	01-04-16
	<i>Objet</i>	<i>Page</i>	14 de 18
	AIDE FINANCIÈRE	<i>Remplace</i>	23-10-13

5. Le conseiller financier principal est responsable d'entrer le formulaire dans Meditech, ainsi que la date limite jusqu'à laquelle le patient est admissible pour recevoir des soins de charité.
6. Il est de la responsabilité du Conseiller financier principal d'identifier les erreurs d'enregistrement et de les signaler au Directeur des admissions pour que soient prises les mesures correctives. Ces comptes seront modifiés en « Self Pay » et/ou autre assurance, le cas échéant.

	<b>Système de santé de The Johns Hopkins</b> <b>Politique et procédure</b>	<i>Numéro de politique</i>	FIN034H
		<i>Date d'entrée</i>	01-04-16
	<i>Objet</i>	<i>Page</i>	14 de 18
	AIDE FINANCIÈRE	<i>Remplace</i>	23-10-13

**ANNEXE D (Suburban Hospital uniquement)**  
**AIDE FINANCIÈRE MÉDICALE POUR LE COMTÉ DE MONTGOMERY ET LES PROGRAMMES**  
**LOCAUX POUR LES PATIENTS À BAS REVENUS ET NON ASSURÉS**

Objet

Suburban Hospital a établi un partenariat avec plusieurs comptés de Montgomery, médecins et programmes locaux offrant des services de soins primaires, et / ou en connexion avec des soins spécialisés locaux et des soins en hôpital. Dans le cadre de ces accords avec des programmes en partenariat, Suburban Hospital donne accès à des soins aux patients hospitalisés ou en consultation externe qui, sans cela, n'auraient pas accès ou n'auraient pas les moyens de bénéficier à des soins médicaux indispensables.

Politique

Suburban Hospital accepte les références de charité pour les soins médicaux indispensables des prestataires suivants : Catholic Charities, Mobile Med, Inc., Montgomery County Cancer Crusade, Primary Care Coalition, Project Access et Proyecto Salud. Les soins sont prodigués aux patients selon qu'ils répondent aux conditions d'admissibilité pour l'un des programmes locaux mentionnés ci-dessus. Les patients doivent présenter un référencement à un programme pour des soins, preuve de leur inscription dans l'un des programmes ci-dessus, afin de pouvoir bénéficier d'une approbation de présomption d'admissibilité pour des soins 100% gratuits. Suburban Hospital base son acceptation de telles références sur l'inscription des patients aux programmes de référencement, conformément aux exigences d'admissibilités en fonction de leurs revenus qui, pour ces programmes précis, sont inférieurs à un maximum de 250% de leurs directives fédérales sur la pauvreté.

Procédure

1. Lorsqu'un patient est inscrit et/ou présent pour des services au SH, il doit présenter un formulaire de référence de l'un des programmes ci-dessus, preuve de son inscription.
2. Après réception du formulaire de référencement, la personne chargée de l'inscription demande au compte un mnémonique désigné de l'assurance pour le programme de référence en partenariat.
3. Si aucun formulaire de référence n'est reçu par le patient, le compte est enregistré en tant que « Self Pay ». Le patient a 30 jours pour présenter une référence ou une preuve de l'inscription à l'un des programmes en partenariat. Une extension de 30 jours peut être accordée sur demande du patient.
4. Le Conseiller financier et/ou la personne chargée des inscriptions vérifie l'admissibilité actuelle ou le système Maryland EVS, afin de vérifier l'inscription dans Maryland Medicaid. En cas d'inscription, Medicaid prévaut et l'approbation de présomption de soins gratuits n'est pas valide.
5. Chaque compte d'hôpital ayant un mnémonique désigné d'assurance pour l'un des programmes en partenariat fait l'objet d'un examen final concernant l'existence d'une référence quant à l'un des programmes avant que soit effectué un ajustement des possibilités de soins de charité conformément au programme. Une approbation de présomption de soins gratuits à 100% s'applique à une seule consultation de soins (compte).



Annexe A

**I. Revenu de la famille**

Veillez énumérer le montant de toutes les sources de votre revenu mensuel. Il peut vous être demandé de fournir les preuves de revenu, les actifs et les dépenses.

	Montant mensuel
Emploi	_____
Prestations de retraite	_____
Allocations de sécurité sociale	_____
Allocations d'assistance publique	_____
Prestations d'invalidité	_____
Allocations chômage	_____
Allocations d'ancien combattant	_____
Pension alimentaire	_____
Revenu des locations de biens immobiliers	_____
Prestations de grève	_____
Allocations militaires	_____
Emploi à la ferme ou emploi indépendant	_____
Autre source de revenu	_____
<b>Total</b>	<b>_____</b>

**II. Liquidités**

	Solde actuel
Compte courant	_____
Compte épargne	_____
Actions, obligations, certificats de dépôt, marché monétaire	_____
Autres comptes	_____
<b>Total</b>	<b>_____</b>

**III. Autres actifs**

Si vous êtes propriétaires des biens suivants, veuillez en faire la liste, en donner le type et la valeur approximative.

Maison	Solde du prêt _____	Valeur approximative _____
Véhicule	Marque _____ Année _____	Valeur approximative _____
Autre véhicule	Marque _____ Année _____	Valeur approximative _____
Autre véhicule	Marque _____ Année _____	Valeur approximative _____
Autre propriété		Valeur approximative _____
		<b>Total</b> _____

**IV. Dépense mensuelles**

	Montant
Loyer ou emprunt	_____
Services publics	_____
Prêt(s) voiture	_____
Carte(s) de crédit	_____
Assurance voiture	_____
Assurance santé	_____
Autres dépenses médicales	_____
Autres dépenses	_____
<b>Total</b>	<b>_____</b>

Avez-vous d'autres dépenses médicales impayées ? Oui-Non

Pour quels services ? \_\_\_\_\_

Si vous avez prévu un plan de paiement, quel est le montant mensuel ? \_\_\_\_\_

Si vous demandez que l'hôpital prolonge l'aide financière, celui-ci peut demander des informations supplémentaires, dans le cadre d'une nouvelle détermination. En signant ce formulaire, vous certifiez que les informations fournies sont vraies et vous acceptez de notifier l'hôpital de tout changement des informations fournies, dans les dix jours de changement.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Relation avec le patient

**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

**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 :**

Vérifié 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