	Johns Hopkins Medicine Finance Informations relatives aux Politiques d'assistance financière - Général	Numéro de police	PFS035
		Date effective	02/01/2020
<i>Sujet</i> Assistance financière		Date d'approbation	N/A
		Page	1 sur 9
		Remplace la date	10/02/2018

Le présent document est applicable aux Organisations participantes suivantes:

Howard County General Hospital Johns Hopkins Bayview Medical Center Johns Hopkins Community Physicians Johns Hopkins School of Medicine
 Johns Hopkins Surgery Centers Series Sibley Memorial Hospital Suburban Hospital The Johns Hopkins Hospital

Mots clefs: assistance, facture, dette, financière, médical

Sommaire	Numéro de page
I. <u>OBJECTIF</u>	1
II. <u>POLITIQUE</u>	1
III. <u>PROCEDURES</u>	2
IV. <u>DEFINITIONS</u>	7
V. <u>REFERENCE</u>	8
VI. <u>COMMANDITAIRE</u>	9
VII. <u>CYCLE DE REVISION</u>	9
VIII. <u>APPROBATION</u>	9
<u>Annexe A: DISPOSITIONS DU SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNIQUEMENT) RELATIVES A L'ASSISTANCE FINANCIERE SPECIFIQUES AUX REGLEMENTATIONS DE DC (En vigueur à compter du: 02/01/2020)</u>	<u>Cliquez ici</u>
<u>Annexe B: Demande d'Assistance financière (En vigueur à compter du: 02/01/2020)</u>	<u>Cliquez ici</u>

I. OBJECTIF

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


II. POLITIQUE

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

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

Ainsi, la présente politique écrite:

- Comprend les critères d'éligibilité à une assistance financière -- à des soins gratuits ou à coût réduit (assistance partielle)
- Décrit les éléments pris en compte dans le calcul des montants facturés aux patients éligibles à une assistance financière dans le cadre de la présente
- Décrit la méthode par laquelle les patients peuvent demander une assistance financière
- Décrit la façon dont l'hôpital s'engage à communiquer largement et publiquement sur cette politique au sein de la communauté que l'hôpital sert

	Johns Hopkins Medicine Finance Informations relatives aux Politiques d'assistance financière - Général	Numéro de police	PFS035
		Date effective	02/01/2020
		Date d'approbation	N/A
	<i>Sujet</i> Assistance financière	Page	2 sur 9
		Remplace la date	10/02/2018

- Limite les montants que l'hôpital facture en cas de Soins d'urgence ou nécessaires fournis à des personnes éligibles à une assistance financière aux montants généralement facturés (perçus par) l'hôpital pour des patients assurés ou couverts par Medicare

ASSISTANCE FINANCIERE POUR LES MEDECINS FOURNISSANT UNE NOTIFICATION DE SOINS

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

La présente politique d'Assistance financière n'est pas applicable aux patients décédés pour lesquels une succession a été / doit être ouverte en raison des biens que possédait le patient décédé. Johns Hopkins lance une procédure de recouvrement lors de la succession du défunt et la procédure en question est soumise à l'administration des biens et aux lois applicables aux procédures successorales et fiduciaires.

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

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


III. PROCEDURES

A. Services éligibles dans le cadre de la présente

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

B. Éligibilité à l'Assistance financière

1. L'éligibilité à l'Assistance financière est envisagée pour les personnes non assurées, mal assurées, inéligibles à un programme gouvernemental de couverture santé et qui sont dans l'impossibilité de régler leurs frais de santé, sur la base de la reconnaissance d'un besoin financier dans le cadre de la présente. L'octroi de l'assistance doit être fondé sur une évaluation individuelle des besoins financiers et ne doit pas être fondé sur l'âge, le sexe, l'ethnie, le statut social ou la nationalité, l'orientation sexuelle ou l'appartenance religieuse. L'assistance financière est déterminée conformément aux procédures, à savoir dans le cadre d'une évaluation individuelle des besoins financiers, et peut:
 - a. Comprendre une procédure de demande au cours de laquelle le patient ou son garant doivent coopérer et fournir des informations personnelles, financières et autres ainsi que des documents idoines afin de déterminer le besoin financier
 - b. Comprendre le recours à des données externes publiquement accessibles qui fournissent des informations sur un patient ou son garant et leur capacité de paiement (à l'instar d'une cote de crédit)
 - c. Comprendre des efforts, dans la mesure du raisonnable, de la part de JHM afin de passer en revue d'autres sources de paiement et de couverture appropriées offertes par des programmes publics et privés, et

	Johns Hopkins Medicine Finance Informations relatives aux Politiques d'assistance financière - Général	Numéro de police	PFS035
		Date effective	02/01/2020
		Date d'approbation	N/A
	<i>Sujet</i> Assistance financière	Page	3 sur 9
		Remplace la date	10/02/2018

d'aider alors les patients à déposer une demande dans le cadre de ces programmes

- d. Prendre en compte les biens disponibles du patient et toute autre ressource financière disponible, et inclure les comptes en souffrance pour des services antérieurs prodigués et l'historique de paiement du patient


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

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


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

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

1. Première étape: Détermination d'éligibilité probable
- a. Dans un délai de deux jours ouvrés à compter de la demande initiale d'Assistance financière, de la demande d'Assistance médicale, ou des deux, les hôpitaux doivent: (1) se prononcer sur l'éligibilité probable, et (2) communiquer leur décision au patient et/ou au représentant du patient. Pour se prononcer sur l'éligibilité probable du patient, ce dernier ou son représentant doit fournir des informations concernant la composition de sa famille, son assurance et ses revenus. La détermination d'éligibilité probable se fait uniquement sur la base de ces informations. Aucun formulaire de demande, de vérification, aucun document d'éligibilité n'est demandé ou requis pour la détermination d'éligibilité probable.
2. Deuxième étape: Détermination finale d'éligibilité
- a. À la suite de la détermination d'éligibilité probable, les hôpitaux prennent une décision finale relative à l'éligibilité à l'Assistance financière sur la base des revenus, de la composition de la famille et des ressources disponibles. Tous les recours aux assurances doivent avoir été épuisés. Toutes les ressources financières doivent être évaluées afin de prendre une décision finale d'éligibilité. Cela comprend les ressources d'autres personnes ou entités et qui ont une responsabilité juridique vis à vis du patient. Ces parties doivent être considérées comme des garants aux fins de la présente. Les patients possédant un visa de voyage actif peuvent devoir fournir des informations supplémentaires concernant leur lieu de résidence et les ressources financières disponibles avant que leur éligibilité soit déterminée.
- b. Sauf mesure contraire indiquée par la présente, le patient doit remplir les documents suivants: (a) le Formulaire unique d'Assistance financière du Maryland, (b) le questionnaire patient JHHS. Le patient doit également fournir une notification d'octroi d'assistance médicale (le cas échéant), des preuves raisonnables attestant des dépenses déclarées, des documents adéquats et, en cas de chômage, des preuves raisonnables du statut de chômeur comme une déclaration du Bureau de l'assurance chômage ou une déclaration de la source actuelle de revenus.
- c. Le patient/garant doit identifier toutes les sources de revenus sur une base mensuelle et annuelle (en prenant en compte les emplois saisonniers et les augmentations/diminutions temporaires de revenus) du patient/garant. En outre, des informations courantes doivent être fournies concernant les dépenses et les revenus commerciaux. Si les revenus et les dépenses du moment ne sont pas connus, la déclaration d'impôt de l'année dernière (1040) et le Schedule C doivent être fournis. Exemples de sources de revenus:
- i. Revenus du salaire
 - ii. Prestations de retraite et de pension
 - iii. Revenus issus de l'assurance chômage
 - iv. Pension alimentaire
 - v. Allocation pour enfant à charge
 - vi. Allocation pour famille de militaire

	Johns Hopkins Medicine Finance Informations relatives aux Politiques d'assistance financière - Général	<i>Numéro de police</i>	PFS035
		<i>Date effective</i>	02/01/2020
		<i>Date d'approbation</i>	N/A
	<i>Sujet</i> Assistance financière	<i>Page</i>	4 sur 9
		<i>Remplace la date</i>	10/02/2018


- vii. Assistance publique
- viii. Pension
- ix. Sécurité sociale
- x. Prestations de grève
- xi. Compensation chômage
- xii. Compensation en cas d'arrêt maladie
- xiii. Prestations pour anciens combattants
- xiv. Autres sources, comme des revenus et des dividendes, des revenus et intérêts de la propriété locative.
- d. Un demandeur qui est éligible à une couverture d'assurance par l'intermédiaire d'un Plan Santé Reconnu ou qui peut être éligible à l'Assistance médicale, doit faire une demande de Plan Santé Reconnu ou d'Assistance médicale et coopérer intégralement, sauf si le représentant financier peut prouver que le patient ne répond pas aux critères d'éligibilité. Lorsqu'une demande d'Assistance financière est en attente, le patient est considéré comme provisoirement couvert par l'Assistance médicale et n'est pas tenu de remplir la Demande unique d'Assistance financière du Maryland. Si la demande du patient d'Assistance médicale est refusée, celui-ci doit alors compléter la Demande unique d'Assistance financière du Maryland.
- e. JHM se base sur les revenus du foyer et les dernières lignes directrices fédérales en matière de pauvreté afin de déterminer l'éligibilité du patient à une assistance financière.
 - i. Les patients sont éligibles à l'Assistance financière si le revenu maximum (défini par les réglementations Medicaid) de la famille (mari et femme, couples de même sexe) n'est pas supérieur au niveau de revenus standard (indiqué dans les lignes directrices fédérales) et qu'ils ne possèdent pas de liquidités d'un montant supérieur à \$10,000 qui pourraient permettre de régler leurs factures pour JHM.
 - ii. Les Lignes directrices fédérales (FPL en anglais) sont mises à jour chaque année par le Ministère américain de la Santé.
 - iii. Si les revenus du foyer du patient sont au niveau/en-deçà du niveau des montants ci-après mentionnés, l'assistance financière est accordée sous forme de soins gratuits (un ajustement à 100%) ou sous forme de soins à coût réduit (ajustements de 35%-75%) par rapport à leur compte JHM. Les ajustements sont définis comme suit:
 - Revenus du foyer jusqu'à 200% des FPL Ajustement de 100%
 - Revenus du foyer compris entre 201% et 250% des FPL Ajustement de 75%
 - Revenus du foyer compris entre 251% et 300% des FPL Ajustement de 50%
 - Revenus du foyer compris entre 301% et 400% des FPL Ajustement de 35%
- f. Les patients qui ont directement obtenu une Assistance financière auprès de l'un des fournisseurs dans le cadre de la présente ne sont pas tenus de déposer une nouvelle demande et sont considérés comme éligibles.
- g. Le patient/garant doit être informé par écrit de la décision prise en matière d'éligibilité à l'Assistance financière et cette décision doit être accompagnée d'une brève explication. Le patient/garant doit être informé de son droit à faire appel de la décision concernant son éligibilité finale à une assistance financière.
- h. Toutes les informations récoltées auprès des patients et des membres de sa famille doivent être traitées avec confidentialité. Des garanties concernant la confidentialité des informations du patient sont fournies aux patients par écrit et par oral.
- i. Une fois que la demande du patient est approuvée, l'Assistance financière prend effet à compter du mois où la décision a été rendue et court pour les six (6) mois civils qui suivent.
- j. Une fois que la demande du patient est approuvée, en cas de créance due après prise en compte de l'assistance financière, le patient se voit proposer un plan de paiement. Tout plan de paiement mis en place dans le cadre de la présent ne doit généralement pas excéder deux ans. En cas de circonstances exceptionnelles, et après autorisation du responsable désigné, un plan de paiement peut être prolongé.
- k. Si un département fonctionne dans le cadre de programmes de subventions ou relève d'une autorité étatique extérieure (par ex, en psychiatrie), il peut continuer à recourir à une procédure de demande d'assistance gouvernementale et une échelle gouvernementale d'évaluation des revenus pour déterminer une éligibilité à des services spécifiques.

	Johns Hopkins Medicine Finance Informations relatives aux Politiques d'assistance financière - Général	Numéro de police	PFS035
		Date effective	02/01/2020
		Date d'approbation	N/A
	<i>Sujet</i> Assistance financière	Page	5 sur 9
		Remplace la date	10/02/2018


- l. Les patients qui indiquent être chômage et ne pas avoir de couverture médicale sont tenus de soumettre une Demande d'Assistance financière sauf s'ils répondent aux critères d'Éligibilité présumée à une Assistance financière.
Si un patient est éligible à la couverture COBRA, sa capacité financière à payer les primes d'assurance COBRA doit être examinée par le Conseiller financier et des recommandations doivent être faites au Comité d'évaluation de l'assistance financière. Les personnes en capacité financière de se munir d'une couverture santé sont encouragées à le faire afin de s'assurer un accès aux soins de santé et pour leur santé en général.
- m. Les patients qui bénéficient d'une couverture dans le cadre d'un Plan de Santé Reconnu et demandent de l'aide pour faire face à des dépenses directes (co-paiements et franchises) liées à des soins médicaux nécessaires doivent déposer une Demande d'Assistance financière.
- n. Si un compte patient a été confié à un organisme de recouvrement, et que le patient/garant demande une assistance financière ou semble éligible à une assistance financière, l'organisme de recouvrement doit notifier le Département Responsable du cycle des recettes et doit communiquer au patient/garant une demande d'assistance financière accompagnée d'instructions concernant le retour de la demande dûment complétée pour examen et décision. Le compte doit alors être placé en suspens pour une durée de 45 jours dans l'attente de nouvelles instructions.
- o. Les services fournis aux patients enregistrés dans le cadre du Voluntary Self Pay (littéralement: paiement volontaire par la personne; décision prise de ne pas être couvert par une assurance) ne sont pas éligibles à une Assistance financière.
- p. Le Vice-président du Département responsable du Cycle des Recettes ou son représentant peut établir des exceptions sur la base de circonstances individuelles.

E. Éligibilité présumée à l'Assistance financière

1. Certains patients sont présumés éligibles à des réductions dans le cadre de l'assistance financière sur la base de leur situation personnelle. Les patients qui bénéficient de programmes de services sociaux soumis à des conditions de ressources sont considérés éligibles aux soins gratuits après avoir complété une demande d'assistance financière et après avoir fourni une preuve d'inscription dans un délai de 30 jours (30 jours supplémentaires autorisés sur demande):
 - a. Ménage dont les enfants participent au programme de repas gratuits ou à prix réduit
 - b. Programme d'assistance nutritionnelle (SNAP)
 - c. Programme d'assistance à l'énergie pour les personnes à faibles revenus
 - d. Femmes, bébés et enfants (WIC)
 - e. Autres programmes de services sociaux sous condition de ressources jugés éligibles aux politiques de soins gratuits par le Ministère de la Santé et la Health Services Cost Review Commission (HSCRC), conformément au règlement de la HSCRC COMAR 10.37.10.26
2. L'éligibilité présumée à l'assistance financière est accordée dans les circonstances suivantes sans qu'il soit nécessaire de remplir une demande d'assistance financière, mais avec une preuve ou une vérification de la situation décrite:
 - a. Un patient ayant une couverture Active Medical Assistance Pharmacy;
 - b. Couverture QMB/Couverture SLMB
 - c. Patients du Maryland Public Health System Emergency Petition
 - d. Un patient qui est décédé et qui n'a pas de succession dans son dossier
 - e. Un patient qui est considéré comme sans abri
 - f. Un patient qui bénéficie d'un barème d'honoraires dégressifs ou d'une aide financière d'un centre de santé fédéral reconnu ou d'un service de santé de la ville ou du comté
 - g. Assistance médicale et soins gérés par Medicaid aux patients pour les services fournis aux urgences au-delà de la couverture de ces programmes
 - h. Les mères travaillant au Ministère de la santé - pour les consultations externes non urgentes non couvertes par l'Assistance médicale
 - i. Les personnes actives inscrites au Chase Brexton Health Center

	Johns Hopkins Medicine Finance Informations relatives aux Politiques d'assistance financière - Général	Numéro de police	PFS035
		Date effective	02/01/2020
		Date d'approbation	N/A
	<i>Sujet</i> Assistance financière	Page	6 sur 9
		Remplace la date	10/02/2018

- j. Personnes actives inscrites au programme Healthy Howard
 - k. Un patient qui a été référé à SH par un programme local (Catholic Charities, Mobile Med, Inc., Montgomery County Cancer Crusade, Montgomery Cares, Primary Care Coalition, Project Access et Proyecto Salud) qui s'est associé à SH pour donner accès aux soins hospitaliers et ambulatoires aux patients à faible revenu non assurés.
3. L'éligibilité présumée à l'assistance financière n'est accordée que pour les services courants et les comptes passés - elle ne s'étend pas aux services futurs.
 4. JHM se base sur les revenus du foyer et les dernières lignes directrices fédérales en matière de pauvreté afin de déterminer l'éligibilité du patient à une assistance financière.
 - a. Les Lignes directrices fédérales (FPL en anglais) sont mises à jour chaque année par le Ministère américain de la Santé.
 - b. Si les revenus du foyer du patient sont au niveau/en-deçà du niveau des montants ci-après mentionnés, l'assistance financière est accordée sous forme de soins gratuits (un ajustement à 100%) ou sous forme de soins à coût réduit (ajustements de 35%-75%) par rapport à leur compte JHM. Les ajustements sont définis comme suit:
 - i. Revenus du foyer jusqu'à 200% des FPL Ajustement de 100%
 - ii. Revenus du foyer compris entre 201% et 250% des FPL Ajustement de 75%
 - iii. Revenus du foyer compris entre 251% et 300% des FPL Ajustement de 50%
 - iv. Revenus du foyer compris entre 301% et 400% des FPL Ajustement de 35%
- F. Assistance financière médicale en cas de difficulté
1. Les patients qui sont éligibles à l'assistance financière, mais qui sont réputés avoir éprouvé des difficultés financières d'ordre médical peuvent être éligibles à l'assistance financière. JHM fournit des soins médicaux nécessaires à coût réduit aux patients dont le revenu familial est supérieur à 400 % des FPL mais inférieur à 500 % du niveau de pauvreté fédéral.
 2. Par difficultés financières médicales, on entend une dette médicale pour des soins médicaux nécessaires contractée par une famille sur une période de 12 mois et qui dépasse 25 % du revenu familial. La dette médicale est définie comme les dépenses pour les soins médicaux nécessaires facturés par un hôpital de Johns Hopkins ainsi que ceux fournis par les fournisseurs de Johns Hopkins, les dépenses mentionnées ci-dessus ne comprennent pas les co-paiements, la co-assurance et les franchises, à moins que le niveau du patient soit en-dessous de 200% par rapport aux directives fédérales sur la pauvreté. Les patients dont le revenu familial s'élève jusqu'à 500% des FPL et qui éprouvent des difficultés financières bénéficient d'un ajustement de 25%.
 3. Facteurs pris en compte dans l'octroi d'une Assistance financière médicale en cas de difficulté:
 - a. Dette médicale contractée au cours des douze (12) mois précédant la date de Demande d'assistance financière auprès de l'établissement Hopkins concerné
 - b. Actifs liquides (montant résiduel de \$10,000)
 - c. Revenu familial au cours des douze (12) mois civils qui précèdent la date de Demande d'assistance financière
 - d. Documents justificatifs.
 4. Une fois qu'un patient est déclaré éligible à l'Assistance financière médicale, la couverture prend effet le mois au cours duquel le premier service éligible est prodigué et court sur douze (12) mois civils. Elle couvre les membres de la famille immédiate du patient, ceux qui résident dans le même foyer. Le patient et les membres de sa famille immédiate demeurent éligibles à des soins de santé nécessaires à coût réduit par la suite, auprès des hôpitaux Johns Hopkins, conformément à la présente, et ce pour une durée de douze (12) mois civils à compter de la date à laquelle les soins médicaux nécessaires à coût réduit ont été initialement prodigués. La couverture n'est pas applicable aux Admissions facultatives ou à certaines procédures facultatives/de soins esthétiques. Toutefois, le patient ou sa famille immédiate résidant dans le même ménage doivent notifier l'hôpital de leur éligibilité à des soins médicaux nécessaires à coût réduit lors de leur enregistrement ou admission.
 5. Si le patient bénéficie d'un pourcentage spécifique en raison de Difficultés financières médicales, il est recommandé qu'il procède à un paiement pour indiquer sa bonne foi dès le début de la période couverte par l'Assistance

	Johns Hopkins Medicine Finance Informations relatives aux Politiques d'assistance financière - Général	Numéro de police	PFS035
		Date effective	02/01/2020
		Date d'approbation	N/A
	<i>Sujet</i> Assistance financière	Page	7 sur 9
		Remplace la date	10/02/2018


financière médicale. Sur demande d'un patient non assuré et dont les revenus correspondent au niveau prévu par les Lignes Directrice relatives aux revenus ouvrant droit à une assistance financière, JHHS doit proposer au patient un plan de paiement.

6. Tout plan de paiement mis en place dans le cadre de la présente ne doit généralement pas excéder deux ans. En cas de circonstances exceptionnelles, et après autorisation du responsable désigné, un plan de paiement peut être prolongé.
 7. Pour les patients éligibles à des soins à coût réduit du fait qu'ils répondent aux critères de l'Assistance financière et qui correspondent aux Lignes Directrices relatives à l'Assistance financière médicale en cas de difficulté, JHM doit appliquer la réduction de frais la plus favorable au patient.
- G. Notification de politique d'assistance financière, éducation des patients, communication et sensibilisation
1. Une notification individuelle concernant la politique d'assistance financière de l'hôpital doit être fournie au moment de la pré-admission ou de l'admission de chaque personne souhaitant bénéficier de services de l'hôpital. JHM doit prendre en compte les éventuels problèmes financiers du patient ou de sa famille.
 2. Les hôpitaux Johns Hopkins doivent communiquer sur leur politique d'Assistance financière sur une base annuelle en publiant une notification concernant ladite politique dans un journal à grand tirage dans les juridictions dont il relève. Ladite notification doit être dans un format compréhensible des populations qui habitent la zone de service.
 3. La Notification aux Patients relative à la possibilité de bénéficier d'une Assistance financière doit être diffusée sur les sites d'enregistrement, d'admissions/bureaux d'affaires, services de facturation et aux urgences de chaque établissement. Une notification doit être affichée sur le site internet de chaque hôpital, la politique doit être mentionnée par oral et doit être envoyée aux patients avec leurs factures. Une copie de la politique d'Assistance financière doit être affichée sur le site internet de chaque établissement et doit être fournie sur demande.
 4. Une notification individuelle relative à la possibilité de bénéficier d'une assistance financière dans le cadre de la présente doit également être fournie aux patients d'un service d'obstétrique se présentant dans les hôpitaux dans le cadre de la présente, lors des campagnes de sensibilisation auprès de la communauté, dans les services de pré-natalité, de pré-admission ou d'admission.
 5. Un Document relatif à la Facturation client et à l'Assistance financière doit être remis aux patients avant la planification des soins médicaux à l'hôpital, avant la sortie du patient, avec la facture de l'hôpital et ce document doit être mis à disposition des patients sur demande.
 6. Une résumé en langage simple de la présente politique doit être affiché sur le site internet de JHM et doit être mis à disposition de tous les patients.
- H. Éligibilité a posteriori
1. Si les hôpitaux se rendent compte que le patient était éligible à des soins gratuits à une date spécifique du service (en prenant en compte les normes d'éligibilité applicables à la date du service) et que cette date spécifique se situe dans un délai de deux (2) ans par rapport à cette réalisation, le patient doit se voir rembourser les montants les sommes versées par le patient/garant supérieures à vingt-cinq dollars (\$25).
 2. Si les documents hospitaliers mettent en avant un manque de coopération du patient/garant lors de la fourniture d'informations servant à déterminer son éligibilité à des soins gratuits, la période de deux (2) ans peut être réduite à trente (30) jours à compter de la date à laquelle la demande initiale d'informations a été faite.
 3. Si le patient bénéficie d'un plan de santé gouvernemental soumis à conditions de revenus qui prévoit que le patient règle les services hospitaliers, alors le patient ou le garant ne peuvent se voir rembourser quelque somme que ce soit car cela aurait pour conséquence de leur faire perdre leur éligibilité financière à une couverture santé.


IV. DEFINITIONS

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

Dette médicale	Les dettes médicales sont définies comme des dépenses directes pour les frais médicaux résultant de soins médicaux nécessaires facturés par un hôpital de Johns Hopkins ou un fournisseur de Johns Hopkins couvert par cette police. Les frais remboursables ne comprennent pas les co-paiements, la coassurance et les franchises. La
----------------	--

	Johns Hopkins Medicine Finance Informations relatives aux Politiques d'assistance financière - Général	<i>Numéro de police</i>	PFS035
		<i>Date effective</i>	02/01/2020
		<i>Date d'approbation</i>	N/A
	<i>Sujet</i> Assistance financière	<i>Page</i>	8 sur 9
		<i>Remplace la date</i>	10/02/2018

	dette médicale ne comprend pas les factures d'hôpital ou de médecin pour lesquelles le patient a choisi de s'inscrire comme Voluntary Self Pay (renonciation à la couverture d'assurance, ou facturation d'assurance)
Actifs liquides	Espèces, titres, billets à ordre, actions, obligations, obligations d'épargne américaines, comptes chèques, comptes d'épargne, fonds communs de placement, certificats de dépôt, polices d'assurance-vie avec valeur de rachat, comptes clients, prestations de retraite ou autres biens immédiatement convertibles en espèces. Une sphère de sécurité de \$150,000 en capitaux propres dans la résidence principale du patient <u>ne doit pas</u> être considérée comme un actif convertible en espèces. Fonds propres de tout autre bien immobilier soumis à la liquidation. Les actifs liquides ne comprennent pas les actifs de retraite auxquels l'Internal Revenue Service a accordé un traitement fiscal préférentiel à titre de compte de retraite, y compris, mais sans s'y limiter, les régimes de rémunération différée admissibles en vertu de l'Internal Revenue Code ou les régimes de rémunération différée non admissibles.
Admission facultative	Une admission à l'hôpital pour le traitement d'un état médical qui n'est pas considéré comme un état médical d'urgence.
Famille immédiate	Si le patient est mineur, le membre de la famille immédiate est défini comme la mère, le père, les frères et sœurs mineurs non mariés, naturels ou adoptés, résidant dans le même ménage. Si le patient est majeur, le membre de la famille immédiate est défini comme l'épouse, l'époux ou les enfants mineurs non mariés naturels ou adoptés résidant dans le même ménage.
État médical d'urgence	Un état médical se manifestant par des symptômes aigus d'une gravité suffisante, qui peuvent comprendre une douleur intense, ou d'autres symptômes aigus tels que l'on pourrait raisonnablement s'attendre à ce que l'absence de soins médicaux immédiats entraîne l'un des effets suivants: <ol style="list-style-type: none"> 1. Une sérieuse mise en danger de la santé d'un patient; 2. Altération grave de toute fonction corporelle; 3. Dysfonctionnement grave de tout organe ou partie du corps. 4. Concernant une femme enceinte: <ol style="list-style-type: none"> a. Qu'il n'y a pas assez de temps pour effectuer un transfert en toute sécurité vers un autre hôpital avant l'accouchement. b. Qu'un transfert peut constituer une menace pour la santé et la sécurité de la patiente ou du fœtus. c. Qu'il existe des preuves de l'apparition et de la persistance de contractions utérines ou de la rupture des membranes.
Services et soins d'urgence	Examen médical préalable, examen et évaluation par un médecin ou, dans la mesure où la loi applicable le permet, par un autre membre du personnel approprié sous la supervision d'un médecin, pour déterminer s'il existe un état médical d'urgence et, le cas échéant, les soins, le traitement ou la chirurgie par un médecin qui sont nécessaires pour soulager ou éliminer l'état médical d'urgence, dans les limites de la capacité de service de l'hôpital.
Soins médicaux nécessaires	Traitement médical nécessaire pour traiter un problème médical d'urgence. Les soins médicaux nécessaires aux fins de la présente politique ne comprennent pas les interventions non urgentes ou esthétiques.
Admission médicale nécessaire	Une admission à l'hôpital pour le traitement d'un état médical d'urgence.
Revenu familial	Les salaires, les traitements, les gains, les pourboires, les intérêts, les dividendes, les distributions de la société, les revenus locatifs, les revenus de retraite ou de pension, les prestations de sécurité sociale et autres revenus du patient et/ou de la partie responsable, tels que définis par l'Internal Revenue Service, pour tous les membres de la famille immédiate résidant dans le ménage.
Documents justificatifs	Talons de paie; W-2; 1099; indemnisation des accidents du travail; lettres de sécurité sociale ou d'indemnité d'invalidité; relevés bancaires ou de courtage; déclarations d'impôt; polices d'assurance-vie; évaluations

	Johns Hopkins Medicine Finance Informations relatives aux Politiques d'assistance financière - Général	<i>Numéro de police</i>	PFS035
		<i>Date effective</i>	02/01/2020
		<i>Date d'approbation</i>	N/A
	<i>Sujet</i> Assistance financière	<i>Page</i>	9 sur 9
		<i>Remplace la date</i>	10/02/2018

	immobilières et rapports des bureaux de crédit; explication des prestations à l'appui de la dette médicale.
Plan de couverture médicale reconnu	En vertu de la Loi sur les soins abordables, à compter de 2014, un régime d'assurance certifié par le Marché de l'assurance-maladie, qui offre des prestations de santé essentielles, respecte des limites établies pour le partage des coûts (comme les franchises, les copaiements et les montants maximaux à déboursier) et satisfait à d'autres exigences. Un régime d'assurance-maladie reconnu doit être certifié sur chaque marché où il est vendu.

V. REFERENCE

Manuel des politiques et procédures financières du JHHS

- Politique no PFS120 - Pouvoir de signature: Services financiers aux patients
- Politique no PFS034 - Paiements échelonnés
- Politique no PFS046 - Recouvrement par autopaiement

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

Code of Maryland Regulations COMAR 10.37.10.26, et seq Maryland Code Health General 19-214, et seq Federal Poverty Guidelines (Mis à jour chaque année) in the Federal Register

VI. COMMANDITAIRE

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

VII. CYCLE DE REVISION

Deux (2) ans

VIII. APPROBATION

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