

		Titre du document :	Politique d'aide financière
Date d'entrée en vigueur :	07/01/2016	Numéro de la politique :	PA0003
Date de révision :	12/11/2024	Section :	Cycle des recettes
Date révisée :	12/11/2024	Niveau de supervision :	Corporatif
Responsabilité administrative :		Directeurs régionaux, Accès aux patients Directeurs régionaux, McLaren Medical Group (MMG)	

1. Objectif

- 1.1 Conformément aux valeurs de McLaren Health Care (MHC) pour améliorer la santé et le bien-être de nos patients et pour assurer l'intendance responsable de notre confiance du public, nous fournirons une aide financière aux patients qui qualifient.

Dans la mise en œuvre de cette politique, McLaren Health Care a l'intention, et doit, se conformer à l'article 501(r) de l'Internal Revenue Code, de la Public Act 107 et de toutes les autres lois fédérales, étatiques et locales, les règles et règlements qui peuvent s'appliquer aux activités menées conformément à la présente politique.

2. Étendue

- 2.1 MHC, ses filiales et les entreprises contrôlées majoritairement. Cette politique concerne toutes les personnes qui recherchent des services dans un établissement du MHC ou uniquement des entités de services professionnels qui lui appartiennent. Les services fournis par des prestataires indépendants ne sont pas inclus dans les dispositions de cette politique. Veuillez consulter les références 6.2 Entités non couvertes pour une liste de tous les prestataires non couverts par cette politique.

3. Définitions

- 3.1 N/A [ne s'applique pas]

4. Politique d'aide financière de MHC

- 4.1 MHC offrira aux patients sans assurance et aux patients qui indiquent une incapacité à payer leur frais après couverture de l'assurance, la possibilité de demander une aide financière jusqu'à 240 jours à compter de leur première déclaration de sortie. L'aide financière ne sera envisagée que pour les services d'urgence, catastrophiques et médicalement nécessaires.

4.1.1 Pour se conformer pleinement à l'EMTALA (Federal Emergency Medical Treatment and Active Labor Act), les patients de MHC à la recherche de services d'urgence recevront un traitement sans discrimination et indépendamment de leur capacité de payer. Le personnel du MHC ne tentera pas de percevoir quelconque paiement auprès des patients demandant des services d'urgence avant de recevoir des soins. Le personnel du MHC ne tentera pas de recouvrer les soldes en souffrance avant une visite aux urgences.

- 4.1.2 Les services médicalement nécessaires sont définis par votre médecin comme des services ou fournitures de soins de santé qui sont nécessaires pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie, une blessure, une condition, maladie ou ses symptômes et qui répondent aux normes de médecine acceptées
- 4.1.3 Les services considérés comme cosmétiques ou électifs ne seront pas couverts par cette politique.
- 4.1.4. En ce qui concerne toute clinique gratuite associée à un hôpital McLaren, si le processus de sélection des organismes de bienfaisance pour cette clinique est équivalent, voire plus strict que la politique de McLaren en matière de bienfaisance, ces services peuvent être déduits fiscalement à titre de don à un organisme de bienfaisance.
- 4.1.5 Les cliniques rurales participantes se conformeront aux exigences du service de santé nationale (National Health Service Corps, NHSC) telles que définies à la section 5 (critères d'éligibilité à l'aide caritative), au formulaire de demande NHSC et au programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive.
- 4.2 Les lignes directrices concernant l'aide financière sont basées sur 400% des lignes directrices fédérales sur la pauvreté (FPL) publié chaque année dans le Federal Register. Le personnel désigné aura accès au Federal Register et mettra à jour chaque année les lignes directrices sur l'aide financière. La remise est basée sur la taille de la famille et le revenu annuel.

PERSONNE PAR FAMILLE/MENAGE	Jusqu'à 400% des lignes directrices fédérales sur la pauvreté (FPL)		
	Revenu Minimum	Revenu Maximum	Réduction
1	\$0	\$60,240	100%
2	\$0	\$81,760	100%
3	\$0	\$103,280	100%
4	\$0	\$124,800	100%
5	\$0	\$146,320	100%
6	\$0	\$167,840	100%
7	\$0	\$189,360	100%
8	\$0	\$210,880	100%

Pour Familles/Ménages de plus de 8 personnes, ajoutez \$5,380 pour chaque personne supplémentaire.

Remarque : l'admissibilité aux crédits d'impôt premium pour l'année de couverture 2023 est basée sur les lignes directrices sur la pauvreté pour 2022.

FPL = Federal Poverty Line (lignes directrices fédérales sur la pauvreté)

Source : (plus lignes directrices de Hawaii et Alaska) <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

- 4.3 Les patients et / ou les représentants des patients peuvent demander une aide financière pour les services déjà reçus, ou les services prévus, en contactant le Département Cycle de Revenus du MHC en personne ou par écrit. Veuillez contacter nos Conseillers Financiers situés dans un Hôpital McLaren ou appelez le 586-710-8300 ou le 1-844-321-1557. Des copies en papier de la politique d'assistance

financière, le formulaire et le résumé en langage clair sont disponibles gratuitement dans tous les sites, sur le site Web du MHC, ainsi que d'en demander une copie par la poste à l'adresse ci-dessous. Des copies traduites sont également disponibles sur le site Web du MHC.

McLaren Corporate Business Services
Attn: Revenue Cycle Operations – Customer Service
50820 Schoenherr Rd.
Shelby Township, MI 48315

OU FinancialAssistance@mclaren.org

- 4.3.1 Les patients et / ou leurs représentants seront invités à remplir le Formulaire d'Aide Financière (Références 6.1) et fournir la documentation à l'appui des informations sur le formulaire.
 - 4.3.1.1 Les informations demandées peuvent inclure des informations démographiques sur les patients, des talons de chèque de paie, des relevés bancaires, des actifs, des dépenses mensuelles du ménage, d'autres factures médicales impayées et dette de carte de crédit.
 - 4.3.1.2 Si une demande incomplète est reçue, le patient recevra un avis écrit contenant les coordonnées de McLaren et la façon de remplir le formulaire.
- 4.4 Les employés désignés filtreront les personnes pour obtenir une aide financière, en fonction des lignes directrices établies dans cette politique et des informations fournies dans la demande de Formulaire d'Assistance, pour déterminer l'admissibilité et en informer le patient / la famille de la décision.
- 4.5 Les remises d'Aide Financière applicables seront appliquées au solde du patient lors de cette détermination.
 - 4.5.1 Les patients qui sont approuvés pour l'Aide Financière, qu'ils soient assurés ou non, verront leurs frais évalués afin que la responsabilité maximale du patient soit le "montant généralement facturé (AGB)" du MHC, qui est un montant moyen contractuel autorisé que les patients de Medicare, Commercial et Managed Care reçoivent grâce à leur assurance. C'est ce qu'on appelle la "méthode retrospective" telle que définie par les lignes directrices de l'Affordable Care Act. MHC calculera et mettra à jour l'AGB chaque année. Pour plus d'informations concernant l'AGB du MHC où les services du patient ont été fournis, contactez le 586-710-8300 ou le 1-844-321-1557.
 - 4.5.2 Les patients sont responsables de tout solde dû non couvert par cette remise. Les processus de recouvrement normaux seront suivis pour résoudre toute dette en souffrance. Dans le cas d'un non-paiement, seulement 120 jours après la première déclaration du patient, et pas plus tôt, le

MHC pourra prendre des mesures contre les soldes en souffrance, y compris, mais sans s'y limiter, les activités de recouvrement extraordinaires (ECA). Cela peut inclure un suivi par une agence de collection ou avocat, qui peuvent être signalés au Bureau de Crédit. Si le MHC entend s'engager dans ces actions, ils fourniront un avis écrit ainsi que tenter d'aviser oralement le patient qu'une aide financière est disponible. Veuillez-vous reporter à la "Politique de Facturation et de Recouvrement".

5.5.2.1 Si McLaren reçoit une demande complète d'Assistance Financière lorsqu'un patient participe à des ECA, ces activités seront suspendues jusqu'à ce que l'admissibilité soit déterminée.

4.5.2.2 Si une demande incomplète est reçue, les ECA seront suspendues pendant au moins 30 jours suivant la réception d'une demande incomplète, et le patient recevra un avis écrit contenant les coordonnées de McLaren et les modalités comment compléter la demande. Après 30 jours, les ECA pourront reprendre.

4.6 Une aide financière présumée peut être appliquée sur la base d'informations de tiers ou d'une décision préalable en matière d'aide financière.

4.7 Si un patient présente une demande d'aide financière et reçoit une remise supérieure à 50%, tout ajustement de charité auto-payé antérieur sera annulé et les soins de bienfaisance FAP seront appliqués.

5. Politique de charité du service de santé nationale (NHSC) de MHC

5.1. Les dispositions suivantes s'appliquent exclusivement aux sites de pratique approuvés par le NHSC au sein de McLaren HealthCare (MHC).

5.2. **Politique :** Offrir des services gratuits ou à tarif réduit aux personnes dans le besoin. Les patients recevant des soins dans un site de pratique de MHC approuvé par le NHSC seront évalués pour une aide financière conformément aux exigences du NHSC en matière de revenus et de taille de famille, sans tenir compte d'autres facteurs.

5.3. **Objectif :** Tous les patients sollicitant des services de santé dans les sites MHC NHSC ont la garantie d'être pris en charge, quelle que soit leur capacité de paiement. Personne n'est refusé en raison de l'absence de ressources financières. Ce programme est conçu pour fournir des soins gratuits ou à tarif réduit à ceux qui n'ont aucune ressource, ou des ressources limitées, pour payer leurs soins médicaux (personnes non assurées ou sous-assurées).

Les patients recevant des soins dans un site de pratique approuvé par le NHSC peuvent utiliser le formulaire actuel de demande d'aide financière confidentielle du NHSC. Les patients ne sont pas tenus de solliciter des prestations auprès d'assurances tierces, d'organismes d'État, fédéraux ou d'autres programmes caritatifs avant d'être admissibles à l'aide financière.

Les sites de pratique approuvés par le NHSC au sein de MHC proposeront un programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive à toute personne dans l'incapacité de payer ses soins. Aucune personne ne se verra refuser l'accès aux services pour incapacité de payer dans un site de pratique approuvé par le NHSC. MHC déterminera l'admissibilité au programme en fonction de la capacité de paiement d'une personne et n'exercera aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, le sexe, l'origine nationale, le handicap, la religion, l'âge, l'orientation sexuelle ou l'identité de genre. Les Lignes Directrices Fédérales sur la Pauvreté (Federal Poverty Guidelines, FPG) sont employées pour établir et mettre à jour annuellement la grille de tarifs dégressifs (Sliding Fee Schedule, SFS) permettant de déterminer l'éligibilité. Cependant, les patients dont le revenu se situe à 250 % ou moins du seuil de pauvreté (voir <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> pour les lignes directrices en vigueur) et qui reçoivent des soins dans un site approuvé NHSC de MHC bénéficieront d'une annulation totale de toute responsabilité financière (soins gratuits) pour les services prodigués dans ce site, conformément au programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive.

5.4. Procédure :

Les directives suivantes doivent être respectées pour la mise en œuvre du programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive.

1. Information (Notification)
 - a) Des informations relatives à la politique de paiement seront mises à la disposition de tous les patients au moment de la prestation de services.
 - b) Une notification concernant le programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive sera proposée à chaque patient lors de l'admission.
 - c) Les avis de recouvrement émis par MHC incluront des informations sur la disponibilité du programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive.
 - d) Une explication de notre programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive ainsi que le formulaire de demande correspondant sont disponibles sur le site web de MHC.
 - e) MHC affiche une notification relative au programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive dans la salle d'attente de la clinique.
2. Demande de rabais : Les demandes de services à tarif réduit peuvent être formulées par les patients, les membres de leur famille, le personnel des services sociaux ou toute autre personne consciente de la difficulté financière rencontrée. Le programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive ne s'applique qu'aux visites en clinique. Les informations et formulaires nécessaires peuvent être obtenus à la réception et auprès du service administratif.
3. Gestion du programme : La procédure relative au programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive sera gérée par l'équipe d'examen de l'assistance financière de l'accès patient. Des informations sur la politique et la procédure de FAP et sur le programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive seront fournies aux patients. Le personnel doit proposer son aide pour remplir la demande. La dignité et la confidentialité seront garanties à toutes les personnes qui sollicitent ou reçoivent des services de santé.
4. Remplissage de la demande : Le patient ou la personne responsable doit remplir intégralement le formulaire de demande d'aide financière confidentielle du NHSC. Si nécessaire, le personnel se tiendra à leur disposition pour les aider à compléter le formulaire. En signant la demande, les intéressés confirment que leurs revenus sont tels qu'indiqués sur le formulaire.
5. Éligibilité : Les rabais sont déterminés uniquement en fonction des revenus et de la taille de la famille.

- a) **Famille** : On entend par « famille » un groupe de deux personnes ou plus (dont l'une est le chef de famille) liées par la naissance, le mariage ou l'adoption, et résidant sous le même toit. Toutes ces personnes (y compris les membres de la sous-famille apparentés) sont considérées comme membres d'une seule et même famille. MHC prendra également en compte les membres du foyer qui ne sont pas de la même famille au sens strict pour calculer la taille de la famille.
 - b) **Revenus** : Les revenus comprennent notamment les salaires bruts, pourboires, revenus professionnels et d'auto-entrepreneuriat, allocations chômage, indemnités d'accident du travail, prestations de sécurité sociale, prestations de sécurité sociale complémentaires, versements aux anciens combattants, prestations pour survivants, pensions ou revenus de retraite, intérêts, dividendes, redevances, revenus de biens immobiliers, successions et fiducies, pensions alimentaires, soutiens financiers pour enfants, aides extérieures au foyer et autres sources de revenus divers.
6. **Vérification des revenus** : Les candidats peuvent fournir l'un des documents suivants : le formulaire W-2 de l'année précédente, les deux derniers bulletins de salaire, une lettre de l'employeur ou le formulaire 4506-T (si le formulaire W-2 n'a pas été déposé). Les travailleurs indépendants peuvent être tenus de présenter le détail de leurs revenus et de leurs dépenses sur les trois derniers mois. Il est nécessaire de fournir des informations suffisantes pour déterminer l'éligibilité au programme. L'auto-déclaration des revenus peut être utilisée. Les patients qui ne peuvent pas fournir de justificatif écrit peuvent remettre une déclaration signée de leurs revenus.
 7. **Rabais** : Les patients recevant des soins dans des sites approuvés par le NHSC et dont le revenu se situe à 250 % ou moins du seuil de pauvreté bénéficieront d'un rabais intégral de 100 % sur leurs soins de santé (c'est-à-dire des soins gratuits). Les patients de sites approuvés par le NHSC sont admissibles à ce rabais pour des visites dans les emplacements concernés, aussi bien pour des dates de service s'étendant de 240 jours avant la date d'approbation et jusqu'à 365 jours après cette date. Voir l'Annexe 8.1 pour la grille tarifaire dégressive.
 8. **Notification au demandeur** : La décision relative au programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive sera communiquée au(x) demandeur(s) par écrit, ou, le cas échéant, la raison du refus. Les demandes déposées dans le cadre du programme couvrent les soldes patients impayés au cours des six mois précédant la date de la demande, ainsi que tous les soldes générés dans les 365 jours suivant la date d'approbation, sauf en cas de changement significatif de leur situation financière. Le demandeur a la possibilité de déposer une nouvelle demande une fois la période de 365 jours expirée ou à tout moment si les revenus familiaux subissent une modification substantielle. Lorsqu'une nouvelle demande est soumise, la période de référence pour les soldes impayés correspond à la durée la plus courte entre six mois et la fin de validité de la dernière demande.
 9. **Refus de payer** : Si un patient exprime verbalement qu'il ne souhaite pas payer ou quitte les lieux sans régler ses soins, il sera contacté par écrit quant à ses obligations de paiement. Si le patient n'a pas encore fait de demande relative à la grille tarifaire dégressive, les informations concernant la disponibilité du programme lui seront transmises dans ce courrier. Si le patient ne fait aucun effort de paiement ou ne répond pas dans un délai de 60 jours, cela est considéré comme un refus de payer. À ce stade, MHC peut examiner diverses solutions, notamment la proposition d'un plan de paiement, l'annulation des frais ou le renvoi du dossier en recouvrement. La politique de facturation et de recouvrement de MHC s'applique aux patients NHSC dont les revenus dépassent 250 % des Lignes Directrices Fédérales sur la Pauvreté. Comme indiqué ci-dessus, les personnes dont les revenus sont inférieurs ou égaux à 250 % des FPG ne paient pas de frais et ne relèvent donc pas de la politique de recouvrement.

10. Archivage : Les informations liées aux décisions relevant du programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive seront conservées par l'administrateur du programme. Les détails concernant les approbations et les refus de demande seront enregistrés dans le système de gestion de la pratique et contrôlés par l'administrateur du programme.
11. Révision de la politique et de la procédure : La grille tarifaire dégressive (SFS) sera actualisée conformément aux Lignes Directrices Fédérales sur la Pauvreté en vigueur. MHC examinera également les modifications potentielles de ses politiques et procédures, ainsi que les pratiques institutionnelles susceptibles d'entraver l'accès aux dispositions de soins communautaires pour les patients éligibles.
12. Budget : Au cours de l'élaboration budgétaire annuelle, une estimation des services fournis dans le cadre du programme de rabais selon une grille tarifaire dégressive sera intégrée au budget en tant que déduction des recettes.

6. Procédure

6.1 N/A

7. Références

- 7.1 Formulaire de demande d'aide financière
- 7.2 Entités non couvertes
- 7.3 Politique de facturation et de recouvrement

8. Annexe

8.1

		Niveau de pauvreté		
		0-100 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL)	101-200 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL)	201-250 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL)
Personne par famille	Revenu maximum	Réduction	Réduction	Réduction
1	\$60,240	100%	75%	50%
2	\$81,760	100%	75%	50%
3	\$103,280	100%	75%	50%
4	\$124,800	100%	75%	50%
5	\$146,320	100%	75%	50%
6	\$167,840	100%	75%	50%
7	\$189,360	100%	75%	50%
8	\$210,880	100%	75%	50%

Pour Familles/Ménages de plus de 8 personnes, ajoutez \$5,380 pour chaque personne supplémentaire.

Révisions précédentes : 07/19/2022, 01/11/2023, 02/20/2024

Remplace la politique : N/A

Nom de la commission : N/A

Agréments :

_____	<u>12/01/2024</u>
Derek Morkel Premier Vice-président Directeur de l'information	Date