

## **POLITIQUE DU SYSTÈME DE SANTÉ MEMORIAL HERMANN**

**INTITULÉ DE LA POLITIQUE :** Politique d'aide financière

**DATE DE PUBLICATION :** 19/12/2017

**VERSION :** 4

---

### **OBJECTIF DE LA POLITIQUE :**

Le système de santé Memorial Hermann (« *Memorial Hermann Health System* », ci-après « MHHS ») gère des hôpitaux qui dépendent de la Section 501(c)(3) de l'*Internal Revenue Code* et qui prennent en charge les besoins en matière de santé à Harris, Montgomery, Fort Bend et dans les comtés environnants. Le MHHS s'est engagé à offrir des avantages à la communauté sous la forme d'une aide financière destinée aux individus non assurés et sous-assurés, sans discrimination, qui ont besoin de soins d'urgence ou essentiels d'un point de vue médical, sans tenir compte des capacités de paiement du patient.

L'objectif de cette politique d'aide financière (ci-après « FAP ») consiste à définir une méthode systématique visant à identifier et à fournir l'aide financière aux membres de la communauté qui bénéficient des services du MHHS.

### **CHAMP D'APPLICATION :**

Ladite FAP s'applique à tous les établissements hospitaliers certifiés par l'État et gérés par les hôpitaux du MHHS, dépendant de la Section 501(c)(3), à savoir :

Hôpital Memorial Hermann Greater Heights

Hôpital Memorial Hermann Katy

Centre médical Memorial Hermann Memorial City

Memorial Hermann – Centre médical du Texas

- Hôpital Memorial Hermann Cypress
- Hôpital Memorial Hermann pour l'orthopédie et le rachis

Hôpital Memorial Hermann Northeast

Hôpital de rééducation Memorial Hermann Katy, L.L.C.

Hôpital Memorial Hermann Southeast

- Hôpital Memorial Hermann Pearland

Hôpital Memorial Hermann Southwest

Hôpital Memorial Hermann Sugar Land

Centre médical Memorial Hermann The Woodlands

TIRR Memorial Hermann

Le MHHS gère des centres d'imagerie ambulatoires, des centres de médecine et de rééducation sportives, ainsi que des centres d'urgence, qui agissent en tant que services ambulatoires des hôpitaux mentionnés ci-dessus, basés sur des prestataires de services, et qui sont couverts par la FAP.

Le MHHS gère également des laboratoires de diagnostics externes, qui sont couverts dans le cadre de la FAP.

### **ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE :**

1. Conformément aux valeurs prônées par le MHHS, à savoir la compassion et l'intendance, cette politique a pour but d'offrir l'aide financière aux patients dans le besoin. En outre, l'objectif de cette FAP est de définir le cadre dans lequel l'aide financière sera accordée aux patients qui bénéficient de soins urgents ou essentiels d'un point de vue médical, prodigués par le MHHS.
2. La FAP identifie les critères spécifiques et la procédure de demande qui permettra au MHHS d'étendre son aide financière aux personnes qui ne sont pas en mesure de régler l'intégralité des prestations réalisées. Notez que certaines personnes sont Présumées admissibles à recevoir des soins gratuits (voir la Section 4 de la Procédure).
3. La FAP s'applique à tous les soins urgents ou essentiels et prodigués par un hôpital du MHHS. La FAP est sans caractère contraignant pour les prestataires de services médicaux exerçant en dehors de l'hôpital et ne s'applique pas aux services de médecins. Vous trouverez sur notre site Web une liste des prestataires de soins urgents ou d'autres soins indispensables, qui exercent dans le centre hospitalier dont les services sont couverts par cette FAP, ainsi qu'une liste des prestataires dont les services ne sont pas couverts par celle-ci, à l'adresse suivante : <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. Des exemplaires papier gratuits sont également disponibles sur demande au service des urgences et aux services d'admission de l'hôpital. Des exemplaires papier gratuits sont également disponibles par courrier ou en appelant le (713) 338-5502 ou le 1-800-526-2121, option 5.
4. La FAP décrit les critères utilisés par le MHHS pour calculer, le cas échéant, le montant de la réduction liée à l'aide financière, les mesures que prendra le MHHS pour diffuser largement cette FAP au sein de la communauté qui dépend du MHHS, la procédure employée par le MHHS pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière, ainsi que la procédure de demande d'aide financière. Les mesures que le MHHS peut prendre en cas de défaut de paiement sont détaillées dans une politique distincte, à savoir la Politique de facturation et de recouvrement du MHHS. Cette politique peut être téléchargée sur le site Web du MHHS, à l'adresse suivante : <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. Un exemplaire papier gratuit est également disponible au service des urgences et aux services d'admission

de l'hôpital. Des exemplaires papier gratuits sont également disponibles par courrier ou en appelant le (713) 338-5502 ou le 1-800-526-2121, option 5.

5. Pour prétendre à l'aide financière, les patients doivent remplir et envoyer une demande d'aide financière (les patients non présumés admissibles), accompagnée des pièces justificatives requises. Les demandes d'aide financière doivent être envoyées dans les 240 jours au plus tard après la date à laquelle la première facture a été envoyée au titre des soins pour lesquels vous émettez une demande d'aide financière. Des exceptions peuvent être accordées conformément à la Section 9 de la Procédure. Aucune clause de la présente FAP ne prévaut sur les lois ou règlements fédéraux, d'État ou locaux présentement en vigueur ou pouvant ultérieurement entrer en vigueur.
6. Tout montant versé par le patient au-delà du montant dû une fois la réduction appliquée au titre de l'aide financière applicable sera remboursé pour l'ensemble des périodes de traitement médical retenues.
7. L'autorité ultime visant à déterminer si le MHHS a fait ce qui était en son pouvoir pour établir l'admissibilité dans le cadre de la FAP revient au Bureau des services aux patients du MHHS (MHHS Patient Business Services Office). L'objet de la présente FAP vise à faire profiter la communauté qui dépend du MHHS, d'une façon conforme à ses valeurs en matière de compassion et d'intendance. L'existence de cette FAP ne saurait constituer une offre d'aide financière envers un patient en particulier et ne crée aucun droit ni aucune obligation d'ordre contractuel. Le MHHS peut à l'avenir mettre à jour la présente FAP, qui sera ensuite approuvée par le Conseil d'administration ou son représentant, à sa seule discrétion.
8. Les politiques et procédures énoncées aux présentes visent à être conformes aux règlements de l'État du Texas et à la Section 501(r) de l'Internal Revenue Code et des orientations y afférentes.

### **MODALITÉS ET DÉFINITIONS :**

1. *Demande* : Désigne la demande d'une aide financière devant être complétée par un patient.
2. *Période de demande* : Au cours de la Période de demande, le MHHS procédera à la validation et au traitement de la demande d'aide financière. La Période de demande commence à compter de la date à laquelle les soins sont prodigués au patient et s'achève au 240<sup>e</sup> jour après la date de la première facture des soins de santé.
3. *Montants généralement facturés (ci-après « MGF »)* : Le montant facturé aux patients ayant droit à une aide financière au titre des soins d'urgence et des soins

essentiels ne sera pas supérieur aux montants généralement facturés (MGF) aux patients titulaires d'une assurance.

- a. Le pourcentage des MGF du MHHS est calculé selon la méthode « rétrospective ». Il s'agit du montant total de la rémunération à l'acte autorisée par Medicare, divisé par le montant total des charges brutes au titre de ces demandes, imputé aux 12 mois écoulés. Les réductions appliquées aux patients ayant droit à l'aide financière seront comparées aux pourcentages maximums des MGF afin que les patients n'aient pas à payer des montants supérieurs à ces MGF.
  - b. Les pourcentages des MGF sont présentés à l'Annexe A – Calcul des montants généralement facturés de la FAP.
  - c. Les pourcentages actualisés des MGF seront calculés tous les ans et appliqués au 120<sup>e</sup> jour à compter du début de l'année civile.
4. *Revenu familial brut annuel* : La somme des revenus annuels et des prestations en espèces d'un foyer, toutes sources confondues et avant impôt, moins les versements effectués pour les prestations alimentaires pour enfant, à déclaration obligatoire auprès de l'Internal Revenue Service des États-Unis. Le revenu familial comprend, sans toutefois s'y limiter, les revenus, l'indemnité de chômage, l'indemnisation des accidentés du travail, la sécurité sociale, le programme d'allocation complémentaire « SSI » (Supplemental Security Income), l'assistance publique, les prestations aux anciens combattants, les prestations aux survivants, les pensions ou les revenus de retraite, et autres sources de revenus.
  5. *Soins non urgents* : Soins visant à traiter une maladie qui ne nécessite pas d'attention immédiate. Les soins non urgents comprennent les interventions bénéfiques pour le patient, mais non urgentes. Ils englobent aussi bien les soins essentiels, que secondaires, tels que la chirurgie esthétique ou dentaire, effectués uniquement dans le but d'améliorer l'apparence, ou d'autres interventions facultatives généralement non couvertes par les régimes d'assurance maladie. Les soins non urgents qui ne sont pas essentiels ne seront pas pris en compte pour l'aide financière.
  6. *Soins d'urgence* : Soins prodigués à un patient dont l'état de santé révèle des symptômes aigus et suffisamment graves (y compris des douleurs importantes), lesquels symptômes, s'ils n'étaient pas immédiatement traités, pourraient gravement nuire à la santé du patient (ou s'il s'agit d'une femme enceinte, de la femme ou de son fœtus), voire gravement troubler les fonctions corporelles, ou encore causer la déficience d'un organe ou d'une partie du corps.
  7. *Mesures de recouvrement extraordinaires (MRE)* : Il s'agit de mesures de recouvrement nécessitant un processus juridique ou judiciaire, pouvant également

impliquer d'autres activités, telles que la vente de la dette à une tierce partie ou la communication d'informations défavorables aux bureaux ou aux agences de crédit. MHHS ne procède à aucune MRE et ne permet pas non plus à ses agents de recouvrement d'entreprendre des MRE. Des informations supplémentaires concernant les politiques de recouvrement du MHHS sont disponibles dans la Politique de facturation et de recouvrement distincte du MHHS ; des exemplaires gratuits de cette politique sont également disponibles sur Internet : <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. Des exemplaires papier gratuits sont également disponibles sur demande au service des urgences et dans les services d'admission de l'hôpital, ou en appelant le (713) 338-5502 ou le 1-800-526-2121, option 5.

8. *Famille* : Le patient, le conjoint/concubin, les parents ou les tuteurs du patient (dans le cas d'un patient mineur) et les personnes à charge déclarées dans la déclaration de revenus du patient ou du parent et vivant chez le patient ou chez ses parents ou encore au sein du foyer des tuteurs.
9. *Niveau fédéral de pauvreté (ci-après, « NFP »)* : Niveau de revenu d'un individu réputé se trouver au seuil de pauvreté. Ce niveau de revenu varie selon la taille de la famille. Le seuil de pauvreté est actualisé chaque année par le Ministère américain de la Santé et des Services aux personnes et publié au registre fédéral. Aux fins de la présente FAP, le seuil de pauvreté indiqué dans lesdites directives publiées fait référence aux revenus bruts. Le NFP utilisé aux fins de la présente FAP sera actualisé chaque année.
  - a. Les NFP actuels sont présentés à l'Annexe B – Directives fédérales sur la pauvreté de la FAP.
10. *Aide financière* : L'aide financière désigne l'aide que le MHHS fournit aux patients qui répondent à certains critères financiers ou autres critères d'admissibilité, tels que définis par la FAP, afin de les munir des ressources financières nécessaires pour régler les soins médicaux d'urgence ou essentiels que le MHHS fournit dans un établissement hospitalier. Pour être admissibles, les patients ne doivent pas être couverts par une assurance, doivent avoir des revenus faibles, ou être munis d'une couverture de santé partielle et être dans l'incapacité d'honorer tout ou partie de la part de la facture médicale restant à leur charge.
11. *Soins médicaux essentiels* : Les soins ou les services prodigués en vue d'apporter un diagnostic, des soins directs et le traitement d'une maladie, répondant aux normes de bonne pratique médicale de la région, couverts et réputés essentiels par les programmes Medicare et Medicaid, et dont la finalité n'est pas principalement pour le confort du patient ou du médecin. Les soins essentiels excluent la chirurgie esthétique ou les services non médicaux, tels que les services sociaux, éducatifs ou professionnels.

12. *Présentation en langage clair (PLC)* : Une présentation de la FAP du MHHS en langage clair comprend : (a) une brève description des conditions d'admissibilité et de l'aide offerte ; (b) une liste des sites physiques et en ligne où les demandes d'aide financière peuvent être obtenues ; (c) des indications quant à la façon d'obtenir un exemplaire papier gratuit de la FAP ; (d) les coordonnées pour solliciter de l'aide concernant le processus de demande ; (e) la disponibilité des traductions linguistiques de la FAP et des documents connexes ; (f) une déclaration confirmant que les montants facturés aux patients jugés admissibles à l'aide financière ne dépasseront pas les montants généralement facturés pour des soins médicaux essentiels ou d'urgence.
  
13. *Admissibilité présumée ou Présumé admissible* : L'admissibilité à l'aide financière est déterminée en fonction de critères précis et considérés démontrer la nécessité d'un patient non assuré d'obtenir une aide financière sans avoir rempli de demande d'aide financière.
  
14. *Efforts raisonnables* : Le MHHS déploiera tous les efforts raisonnables pour informer les patients au sujet de la FAP du MHHS en leur remettant la Présentation en langage clair de ladite politique, avant leur sortie de l'hôpital. En outre, le MHHS suivra les étapes suivantes afin d'informer les patients au sujet de la FAP du MHHS :
  - a. *Demandes incomplètes* : Si le patient et/ou la famille envoient une demande incomplète, le MHHS les en informera par écrit en indiquant les informations ou les pièces justificatives supplémentaires nécessaires.
  
  - b. *Demandes complètes* : Si le patient et/ou le membre de la famille du patient présentent une demande d'aide financière complète, le MHHS émettra un avis par écrit leur indiquant s'ils sont admissibles à l'aide financière en temps voulu et un autre avis quant à la décision finale (y compris, le cas échéant, l'aide à laquelle le patient peut prétendre) et le fondement d'une telle décision. Cet avis inclura également le montant en pourcentage de l'aide financière (pour les demandes approuvées) ou la (les) raison(s) du refus, et le paiement attendu de la part du patient et/ou de la famille, le cas échéant. Le patient et/ou sa famille continueront de recevoir des déclarations pendant la période d'évaluation d'une demande complète.
  
  - c. *Déclarations du patient* : Le MHHS enverra un certain nombre de déclarations décrivant le compte du patient et le montant dû. Les déclarations du patient devront contenir la demande selon laquelle celui-ci est tenu d'informer le MHHS de toute couverture d'assurance santé disponible, un avis de la FAP du MHHS, un numéro de téléphone

afin d'émettre une demande d'aide financière et l'adresse du site Web où se trouvent les documents de la FAP.

- d. *Site Web MHHS* : Une notification de l'existence d'une aide financière, accompagnée de la procédure détaillée concernant la demande d'aide sera mise en évidence sur les sites Web du MHHS. Le MHHS affichera cette FAP ainsi qu'une liste de prestataires couverts et non couverts dans le cadre de ladite FAP, la présentation en langage clair, la demande d'aide financière et la politique de facturation et de recouvrement sur le site Web du MHHS : <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. Le MHHS proposera des exemplaires papier gratuits de ces documents sur demande aux services des urgences et des admissions.

15. *Patient sous-assuré* : Patient bénéficiant d'une couverture d'assurance complète ou partielle, et qui, après avoir bénéficié de soins d'urgence ou essentiels, doit payer de sa poche les frais dépassant sa capacité à payer le solde restant pour les soins reçus.

16. *Patient non assuré* : Patient non couvert en totalité ou en partie par un régime d'assurance maladie et non bénéficiaire d'une assurance santé publique ou privée, d'un régime de soins de santé ou d'un autre programme de couverture maladie (y compris, sans toutefois s'y limiter, assurance privée, Medicare, Medicaid ou l'aide aux victimes d'actes criminels) et dont le préjudice ne donne pas lieu à des dommages-intérêts à des fins d'indemnisation des accidentés du travail, d'assurance automobile ou de responsabilité civile ou autre, tel que le définit le MHHS sur la base des documents et des informations fournis par le patient ou obtenus auprès d'autres sources au titre du paiement des soins de santé fournis par le MHHS.

## **CRITÈRES D'EXAMEN :**

1. *Communication* : Pour sensibiliser nos patients, les familles et l'ensemble de la communauté à l'existence de l'aide financière, le MHHS prendra un certain nombre de mesures pour informer les patients et les visiteurs de ses hôpitaux de la disponibilité de cette aide et pour diffuser largement cette FAP aux membres de l'ensemble de la communauté bénéficiant de soins au sein de chacun de ces hôpitaux. Ces mesures comprennent :
  - a. *Consentement du patient* : Le consentement aux soins de santé signé lors de l'enregistrement pour les services de santé comprend une déclaration selon laquelle si des services d'ordre caritatif sont requis, la décision d'admissibilité devrait être demandée lors de l'entrée à l'hôpital ou dès réception de la facture détaillée.
  - b. *Conseils financiers* : Les patients du MHHS sont invités à solliciter des informations auprès du conseiller financier de leur hôpital s'ils prévoient des difficultés à honorer la part de la facture d'hôpital à leur charge. Nos conseillers financiers déploieront les efforts nécessaires pour aider les patients non assurés, sous-assurés, ou dont la situation financière ne leur permet pas de payer les soins de santé que nous leur fournissons. Les conseillers financiers peuvent sélectionner des patients afin de vérifier leur admissibilité à un ensemble de programmes subventionnés par l'État, de les aider concernant une demande d'indemnisation pour accident du travail ou une poursuite en responsabilité, d'établir un plan de paiement échelonné, ou d'aider les patients à émettre une demande d'aide financière.
  - c. *Présentation en langage clair et demande d'assistance* : Des exemplaires papier de la présentation en langage clair de la FAP du MHHS et de la demande d'aide financière seront mis à la disposition de tous les patients dans les meilleurs délais de service. Le MHHS proposera des exemplaires papier gratuits de ces documents sur demande aux services des urgences et des admissions. Des exemplaires imprimés sont également disponibles par e-mail ou par téléphone au 713-338-5502 ou au 1-800-526-2121, option 5.
  - d. *Traductions disponibles* : MHHS traduit sa FAP, sa présentation en langage clair, son formulaire de demande d'aide financière et sa politique de facturation et de recouvrement à destination des personnes dont les compétences en anglais sont limitées, dont le total représente cinq pour cent (5 %) ou 1000 individus de la communauté bénéficiant des soins de ses établissements hospitaliers, le total le plus faible étant retenu. Le MHHS proposera des exemplaires papier gratuits de ces



documents téléchargeables gratuitement sur son site Web et sur demande auprès du service des urgences et des services d'admission des hôpitaux. Des exemplaires imprimés sont également disponibles par e-mail ou par téléphone au 713-338-5502 ou au 1-800-526-2121, option 5.

- e. *Affichage* : Toutes les affiches concernant l'aide financière seront placées de façon claire et en toute évidence dans des lieux visibles au public, y compris, sans toutefois s'y limiter, dans le service des urgences et les services d'admission des patients du MHHS. Elles indiqueront l'existence de l'aide financière, ainsi que le numéro de téléphone pour joindre un conseiller financier pour plus d'informations.
- f. *Site Web* : Une notification de l'existence de l'aide financière, accompagnée de la procédure détaillée concernant la demande d'aide sera mise en évidence sur les sites Web du MHHS. Le MHHS affichera sa FAP ainsi qu'une liste de prestataires couverts et non couverts dans le cadre de ladite FAP, la présentation en langage clair, la demande d'aide financière et la Politique de facturation et de recouvrement sur le site Web du MHHS : <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>
- g. *Factures et déclarations des patients* : Les déclarations du patient devront contenir la demande selon laquelle celui-ci est tenu d'informer le MHHS de toute couverture d'assurance santé disponible. Elles devront inclure également un avis de la FAP du MHHS, un numéro de téléphone afin d'émettre une demande d'aide financière et l'adresse du site Web où se trouvent les documents concernant cette aide.
- h. *Adresse postale ou fax* : Les patients peuvent envoyer par courrier ou par fax une demande écrite d'exemplaires gratuits de ces documents à l'adresse ci-dessous, en indiquant le nom complet ainsi que l'adresse postale à laquelle ils souhaitent que MHHS envoie les exemplaires.

Memorial Hermann Health System  
Attn: Financial Assistance  
909 Frostwood  
Suite 3:100  
Houston, Texas 77024  
FAX : 713-338-6500

- 2. *Décision d'admissibilité* : L'aide financière est déterminée conformément à des procédures qui impliquent une évaluation individuelle des besoins financiers. Ces procédures sont décrites ci-dessous :

- a. La décision d'Admissibilité présumée est prise selon les critères décrits à la Section 4 de la Procédure ci-dessous. Si un patient est Présumé admissible à l'aide financière, une demande d'aide financière n'est pas requise. Cependant, le patient ou le garant est tenu de coopérer au titre du processus de vérification et de fournir des renseignements d'ordre personnel ou financier ainsi que les pièces justificatives pertinentes afin de déterminer l'Admissibilité présumée ;
- b. Un processus de demande d'aide financière, dans le cadre duquel le patient ou le garant est tenu de coopérer et de fournir renseignements d'ordre personnel ou financier ainsi que les pièces justificatives pertinentes en vue de déterminer les besoins financiers ;
- c. MHHS déploiera les efforts raisonnables afin de déterminer si une personne est admissible à la FAP et pour fournir la notification au patient au sujet de la FAP du MHHS dans une Présentation en langage clair avant sa sortie de l'hôpital. En outre, le MHHS suivra les étapes suivantes afin d'informer les patients au sujet de la FAP du MHHS :
  - i. *Demandes incomplètes* : Si le patient et/ou la famille envoient une demande incomplète, le MHHS les en informera par écrit en indiquant les informations ou les pièces justificatives supplémentaires à fournir dans les quarante-cinq (45) jours à compter de la réception de la première demande.
  - ii. *Déclarations du patient* : Les déclarations du patient devront contenir une déclaration selon laquelle celui-ci est tenu d'informer le MHHS de toute couverture d'assurance santé disponible. Elles devront inclure également un avis de la FAP du MHHS, un numéro de téléphone afin d'émettre une demande d'aide financière et l'adresse du site Web où se trouvent les documents de la FAP.
  - iii. *Site Web MHHS* : Une notification de l'existence de l'aide financière, accompagnée de la procédure détaillée concernant la demande d'aide sera mise en évidence sur les sites Web du MHHS. Site Web du MHHS : <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram/>. Le MHHS affichera sa FAP ainsi qu'une liste de prestataires couverts et non couverts dans le cadre de cette FAP, la présentation en langage clair, la demande d'aide financière et sa Politique de facturation et de recouvrement.
  - iv. *Documents disponibles sur demande* : Le MHHS proposera gratuitement des exemplaires papier de sa FAP, ainsi qu'une liste des prestataires couverts et non couverts dans le cadre de cette FAP, la Présentation en langage clair, la Demande d'aide financière et sa Politique de facturation et de recouvrement,

disponibles sur demande auprès des services d'urgence et des services d'admission.

- d. L'utilisation de sources de données externes accessibles au public qui fournissent des informations quant à la capacité financière d'un patient ou d'un garant, y compris les notes de crédit, par le biais de TransUnion ou d'Experian ;
  - e. Un examen des comptes débiteurs impayés du patient au titre des soins antérieurs prodigués au sein du MHHS et les antécédents de paiement ou de créances irrécouvrables du patient ;
  - f. Les niveaux d'aide financière proposés par MHHS sont fondés sur le revenu, la taille de la famille et le NFP. Les patients avec ou sans assurance peuvent solliciter une aide financière ; et
  - g. L'admissibilité du patient à l'aide financière sera fondée sur les critères figurant ci-après et peut varier en fonction de la situation financière de celui-ci, des circonstances financières atténuantes et de la disponibilité des prestations de soins de santé de tiers. Les directives en matière d'admissibilité seront révisées chaque année à l'issue de la publication des directives sur le NFP par le gouvernement fédéral. Les familles dont le revenu excède les directives énoncées ci-dessous peuvent faire l'objet d'un examen préalable en vue de bénéficier d'un échéancier de paiement.
3. *Admissibilité à l'aide financière des patients* : En fonction des seuils de pauvreté fédéraux, les critères suivants seront utilisés pour déterminer les remises offertes aux patients non assurés et assurés de manière insuffisante ayant droit à une aide financière. Les patients assurés de manière insuffisante doivent avoir leur assurance facturée avant d'être admissibles à un organisme de bienfaisance. Les remises accordées aux patients ayant droit à une aide financière seront comparées aux seuils des montants généralement facturés afin de s'assurer que des montants supérieurs aux montants généralement facturés ne sont pas facturés aux patients.
- a. **Soins gratuits** :
    - i. Si le revenu familial brut annuel d'un patient non assuré est égal ou inférieur à deux cents pour cent (200 %) du seuil de pauvreté fédéral en vigueur, tel qu'indiqué dans le Tableau d'admissibilité à l'aide financière en fonction du revenu brut (Annexe A – Calcul des montants généralement facturés), le patient (ou une partie responsable) aura droit à des soins gratuits (remise de 100 %) et ne sera redevable d'aucune partie du solde du compte.

- ii. Les patients bénéficiant d'une couverture de soins de santé primaire par l'entremise de Medicare et qui ont droit à une couverture secondaire par l'entremise de Medicaid bénéficieront d'une remise de cent pour cent (100 %) sur tout solde restant après la facturation de Medicaid et la réception d'une demande réglée par THMP ou par le payeur Managed Medicaid.

**b. Soins avec remise :**

- i. Les patients/individus dont le revenu familial brut annuel est supérieur à deux cents pour cent (200 %) mais inférieur à quatre cents pour cent (400 %) du seuil de pauvreté fédéral en vigueur peuvent avoir droit à une remise des frais à concurrence du montant généralement facturé aux patients assurés.
- ii. Les patients ayant un solde impayé sur leurs factures d'hôpital peuvent bénéficier d'une remise si tous les critères suivants sont remplis : 1) le solde excède dix pour cent (10 %) du revenu familial brut annuel de la personne ; 2) ils ne sont pas en mesure de payer la totalité ou une partie du solde de la facture restant ; et 3) le solde de la facture s'élève à au moins 5 000 \$. Dans ces circonstances, le patient ou le garant est tenu de coopérer tout au long du processus de demande d'aide financière et de fournir les informations et la documentation personnelles ou financières concernant la prise de décision quant à l'admissibilité. En cas d'approbation, le patient sera tenu de payer dix pour cent (10 %) maximum de son revenu familial brut annuel pour les soldes restants du compte ou la remise sur le montant généralement facturé sera appliquée, selon le choix qui est le moins et le plus avantageux pour la situation financière du patient.

4. *Admissibilité présumée* : Les patients non assurés peuvent avoir droit à une aide financière en fonction du respect d'un des critères indiqués ci-dessous. Si au moins un critère est rempli, aucune autre preuve de revenu ne sera nécessaire. La liste suivante est une illustration d'une situation dans laquelle le revenu familial d'un patient est inférieur à deux fois le seuil de pauvreté fédéral et le patient a droit à une remise de cent pour cent (100 %) des frais de soins nécessaires du point de vue médical. L'examen de l'admissibilité présumée d'un patient non assuré doit être réalisé dans les plus brefs délais suite à la prestation des services nécessaires du point de vue médical et avant la délivrance de toute facture pour ces services. Une fois informé d'une éventuelle admissibilité présumée, MHHS conservera tout relevé du patient pendant trente (30) jours durant la procédure d'examen d'admissibilité présumée. Les patients bénéficiant d'une assurance de tiers (autre que les programmes d'aide étatiques ou locaux

tels que Medicaid) ne seront pas pris en compte pour l'admissibilité présumée et devront remplir un formulaire de demande d'aide financière.

- a. Les patients non assurés répondant aux critères suivants seront pris en compte pour l'admissibilité présumée à une remise de cent pour cent (100 %) des frais engagés aux fins de soins urgents ou nécessaires du point de vue médical :
  - i. sans-abri ou réception de soins dans une clinique pour sans-abris ;
  - ii. participation au programme alimentaire pour femmes, nourrissons et enfants (WIC) ;
  - iii. admissibilité aux coupons alimentaires ;
  - iv. participation au programme d'aide supplémentaire à la nutrition (SNAP) ;
  - v. admissibilité à d'autres programmes d'aide étatiques ou locaux (par exemple, Medicaid Spend Down) ;
  - vi. adresse valable dans un logement social/subventionné ;
  - vii. obtention d'une subvention pour services médicaux ;
  - viii. incapacité mentale sans personne pour agir au nom du patient ;
  - ix. faillite personnelle récente ;
  - x. incarcération dans un établissement pénitentiaire ;
  - xi. le patient est décédé et il n'existe pas de succession connue ; ou
  - xii. tel que déterminé par un modèle de notation électronique (décrit ci-dessous).
  
- b. **Modèle de notation électronique** : Lorsqu'un patient non assuré ou un garant ne remplit pas la demande d'aide financière ou ne fournit pas la documentation financière requise pour déterminer l'admissibilité, le compte peut faire l'objet d'un examen à l'aide d'un modèle de notation électronique qui calcule une notation en fonction de différents critères, notamment la catégorie financière, un éventuel rajustement précédent par un organisme de bienfaisance, l'emploi, le code postal, l'âge, l'historique de paiement, les antécédents de créances douteuses, le solde de compte et la source d'admission. Si la notation attribuée par le modèle de notation électronique indique une probabilité élevée d'admissibilité du compte à l'aide financière, le compte non assuré se verra a priori attribuer une aide financière en vertu de la présente PAF.

#### 5. *Échéancier pour prouver l'admissibilité* :

- a. Pour les patients non assurés, les décisions quant à l'aide financière et l'admissibilité présumée prendront effet rétrospectivement pour tous les soldes payables par le patient en instance. L'admissibilité des patients sera déterminée en fonction des facteurs décrits à la Section 3 de la Procédure et ne subira aucun désavantage si les paiements sont effectués rapidement ou en temps opportun. De plus, une aide financière

supplémentaire sera accordée prospectivement pendant six mois aux patients qui remplissent une demande d'aide financière sans aucune autre action nécessaire de la part du patient. Le patient doit communiquer à MHHS tout changement important de sa situation financière survenu au cours de la période de six (6) mois susceptible d'influer sur la décision quant à l'aide financière ou l'admissibilité présumée, dans les trente (30) jours suivant ledit changement. Une non-divulgation de la part du patient d'une augmentation importante du revenu de la famille peut annuler une disposition quelconque de l'aide financière par MHHS suite à ladite augmentation importante.

6. *Services urgents et nécessaires du point de vue médical* : Une aide financière est proposée uniquement pour les soins urgents ou nécessaires du point de vue médical dispensés dans un établissement hospitalier. Aucune disposition de cette section n'a pour but de modifier les obligations ou pratiques de MHHS conformément à la législation fédérale ou étatique en matière de respect du traitement en urgence des problèmes de santé sans se soucier de la capacité du patient à payer.

#### 7. *Procédure de demande*

- a. *Comment déposer une demande* : Il convient de remplir une demande d'aide financière et de la déposer, accompagnée des justificatifs pertinents. Il est possible de télécharger gratuitement des copies de la demande sur le site Web de MHHS à l'adresse suivante : <http://www.memorialhermann.org/financialassistanceprogram>. Des copies papier sont également disponibles gratuitement auprès du service des urgences et dans les bureaux d'accueil de l'hôpital. Des copies papier sont aussi disponibles gratuitement par courrier postal ou en appelant le 713-338-5502 ou le 1-800-526-2121, option 5.
- b. Les demandeurs peuvent faire parvenir la demande dûment remplie et les justificatifs à l'adresse indiquée ci-après ou les remettre au conseiller financier de l'hôpital. Les patients peuvent se rendre au bureau d'accueil d'un hôpital et demander à parler à un conseiller financier. Les conseillers financiers des hôpitaux sont là pour vous aider, en personne à l'hôpital ou par téléphone au 713-338-5502 ou au 1-800-526-2121, option 5 ; ils répondront aux questions sur le processus de demande, vous aideront à remplir la demande ou vérifieront l'état d'avancement d'une demande déposée.

- c. Où adresser les demandes dûment remplies :

Memorial Hermann Health System  
Attn: Financial Assistance  
909 Frostwood  
Suite 3:100  
Houston, Texas 77024

-OU-

FAX : 713-338-6500

- d. Les demandes d'aide financière ou d'admissibilité présumée peuvent être présentées par l'une quelconque des personnes suivantes au cours de la période de demande : (i) le patient ou le garant ; (ii) un représentant du patient ou du garant ; (iii) un représentant MHHS pour le compte du patient/de la demande ; ou (iv) le médecin traitant du patient.
- e. Nonobstant les considérations stipulées dans d'autres sections de la présente politique, le patient est tenu de coopérer et de participer pleinement au processus de demande d'aide financière. Ainsi, il est tenu de fournir des informations relatives à une couverture d'assurance-maladie tierce quelconque ; fournir en temps opportun et de façon honnête tous les documents et toutes les attestations nécessaires pour déposer une demande de financement auprès du gouvernement ou d'autres programmes (p. ex., Medicare, Medicaid, responsabilité civile d'un tiers, aide aux victimes d'un acte criminel, etc.) ou pour déterminer l'admissibilité du patient à une autre forme d'aide financière. L'absence de coopération de la part du patient pourrait compromettre la décision quant à sa demande d'aide financière. Il est demandé aux patients de fournir les renseignements, l'attestation et les documents dans les trente (30) jours suivant la demande de MHHS sauf en cas de circonstances exceptionnelles signalées à MHHS. Sauf dans les cas d'admissibilité présumée, la demande d'aide financière doit être remplie et signée par le patient (ou le garant/représentant).
- f. Un conseiller financier peut offrir une aide au demandeur lors des démarches de demande d'aide financière. Si le patient est décédé et qu'aucune partie responsable n'a été désignée, un représentant MHHS peut créer la demande et remplir le formulaire en utilisant les informations et les documents dont il dispose.

8. *Revenu de la famille* :

- a. Le cas échéant, le patient peut fournir au moins un ou plusieurs des documents suivants afin d'établir le revenu de la famille. Si plus d'un membre de la famille du patient est employé, chaque personne doit fournir au moins un des documents suivants :
  - i. la déclaration de revenus fédérale la plus récente ;
  - ii. les formulaires W-2 et 1099 les plus récents ;
  - iii. la fiche de paie la plus récente (ou, le cas échéant, une copie du relevé des indemnités de chômage, une lettre de la sécurité sociale, etc.) ;
  - iv. une déclaration de l'employeur en cas de règlement en espèces ;
  - v. toute autre vérification d'un tiers au sujet du revenu de la famille.
  
- b. Par ailleurs, une demande d'aide financière ne sera pas considérée comme étant incomplète en cas de non-présentation de la documentation nécessaire, si le patient a fourni au moins un des documents prouvant le revenu de chaque membre de la famille (y compris le patient) susmentionné et a signé l'attestation, ou si le patient se trouve dans l'impossibilité de fournir de tels documents, et a signé l'attestation.
  
- c. Sauf dans les cas d'admissibilité présumée, le demandeur doit signer l'attestation comprise dans la demande. MHHS peut annuler ou modifier une décision si des justificatifs obtenus ultérieurement prouvent que le demandeur a fourni des informations erronées.

*Documentation supplémentaire* : La politique d'aide financière de MHHS n'exige pas de fournir une documentation relative aux biens et aux dépenses. Toutefois, les demandeurs peuvent présenter une documentation supplémentaire ayant trait aux biens, dépenses, revenus, créances en souffrance ou autres circonstances pouvant démontrer les difficultés financières auxquelles ils font face afin d'étayer une demande d'aide financière supérieure ou égale aux montants auxquels ils peuvent avoir droit conformément à la présente PAF.

9. *Informations erronées ou trompeuses* : S'il est déterminé qu'un demandeur a délibérément fourni des informations erronées ou trompeuses concernant sa capacité à s'acquitter des frais médicaux, MHHS peut rejeter cette demande et toute demande déposée à l'avenir par ce demandeur. En cas d'informations erronées fournies en l'absence de mauvaise foi, MHHS prendra sa décision en fonction des informations corrigées. Si une aide financière a déjà été accordée en fonction de la communication délibérée du patient d'informations erronées, MHHS peut annuler l'aide financière accordée antérieurement, auquel cas MHHS conserve tous les droits légaux d'obtention auprès du patient du



paiement de tout montant éventuellement dû. Si la communication d'informations erronées n'était pas délibérée, MHHS examinera la décision en fonction des informations corrigées.

**RENOIS :**

Politique de transfert des patients (respect des lois Emergency Medical Treatment and Labor Act [EMTALA] et Texas Transfer Act)

Résumé en termes simples de l'aide financière

Demande d'aide financière

Politique de facturation et de recouvrement des factures

**ANNEXES :**

Annexe A – Calcul des montants généralement facturés

Annexe B – Directives fédérales sur la pauvreté

*Suite à la page suivante.*

### **Annexe A – Calcul des montants généralement facturés**

Le calcul des Montants généralement facturés se fonde sur le processus de facturation et de codage que MHHS utilise selon les frais de service Medicare pour les soins urgents ou nécessaires du point de vue médical. Le total des paiements autorisés par Medicare sera divisé par le total des frais facturés pour ces demandes, et ce nombre sera soustrait de 1 pour calculer le pourcentage des montants généralement facturés.

**Pourcentage des montants généralement facturés pour les patients hospitalisés = Paiements autorisés pour les patients hospitalisés Medicare / Total des frais pour les patients hospitalisés Medicare**

**Pourcentage des montants généralement facturés pour les patients externes = Paiements autorisés pour les patients externes Medicare / Total des frais pour les patients externes Medicare**

Chaque année, les montants généralement facturés sont calculés séparément pour chaque hôpital, mais tous les hôpitaux MHHS adopteront le pourcentage de montants généralement facturés le plus bas parmi tous les hôpitaux.

| <b>Établissement</b>                            | <b>Patients hospitalisés</b> | <b>Patients externes</b> |
|---|------------------------------|--------------------------|
| Memorial Hermann Greater Heights Hospital       | 33 %                         | 13 %                     |
| Memorial Hermann – Texas Medical Center         | 30 %                         | 21 %                     |
| Memorial Hermann Katy Hospital                  | 31 %                         | 11 %                     |
| Memorial Hermann Rehabilitation Hospital – Katy | 46 %                         | 17 %                     |
| Memorial Hermann Memorial City Medical Center   | 30 %                         | 13 %                     |
| Memorial Hermann Northeast Hospital             | 33 %                         | 13 %                     |
| Memorial Hermann Southeast Hospital             | 34 %                         | 12 %                     |
| Memorial Hermann Southwest Hospital             | 30 %                         | 13 %                     |
| Memorial Hermann Sugar Land Hospital            | 31 %                         | 12 %                     |
| Memorial Hermann The Woodlands Medical Center   | 32 %                         | 11 %                     |
| TIRR Memorial Hermann                           | 31 %                         | 22 %                     |

Les montants généralement facturés pour l'exercice 2020 (juillet 2019 – juin 2020) sont les suivants :

**Montants généralement facturés pour les patients externes : 11 %**

**Montants généralement facturés pour les patients internes : 30 %**

*Suite à la page suivante.*

## Annexe B – Directives fédérales sur la pauvreté

Le Tableau d'admissibilité à l'aide financière en fonction du revenu mensuel brut est révisé lorsque des modifications sont apportées au seuil de pauvreté fédéral. Le tableau est mis à jour chaque année.

Le Tableau d'admissibilité à l'aide financière en fonction du revenu mensuel brut désigne le tableau de revenu actuel utilisé par MHHS pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière en vertu de la présente PAF.

Le tableau d'admissibilité à l'aide financière en fonction du revenu familial mensuel brut se fonde sur les directives relatives au seuil de pauvreté publiées par le gouvernement fédéral et le tableau d'admissibilité de Harris County Hospital District, tel que modifié de temps à autre par les organismes gouvernementaux respectifs. Ledit tableau peut être consulté.

Veuillez consulter le tableau ci-dessous :

| <b>Memorial Hermann Health System</b>  |                                    |                |                                    |                |                                    |                |
|--|------------------------------------|----------------|------------------------------------|----------------|------------------------------------|----------------|
| Tableau d'admissibilité à l'aide financière en fonction du revenu brut   |                                    |                |                                    |                |                                    |                |
| Seuil de pauvreté fédéral de 2020  |                                    |                |                                    |                |                                    |                |
| Le revenu annuel ou mensuel brut retenu pour être admissible à une aide financière dépend de la taille de la famille.                                      |                                    |                |                                    |                |                                    |                |
|  | 100 % du seuil de pauvreté fédéral |                | 200 % du seuil de pauvreté fédéral |                | 400 % du seuil de pauvreté fédéral |                |
| Taille de la famille   | Revenu annuel                      | Revenu mensuel | Revenu annuel                      | Revenu mensuel | Revenu annuel                      | Revenu mensuel |
| 1  | 12 760 \$                          | 1 063 \$       | 25 520 \$                          | 2 127 \$       | 51 040 \$                          | 4 253 \$       |
| 2  | 17 240 \$                          | 1 437 \$       | 34 480 \$                          | 2 873 \$       | 68 960 \$                          | 5 747 \$       |
| 3  | 21 720 \$                          | 1 810 \$       | 43 440 \$                          | 3 620 \$       | 86 880 \$                          | 7 240 \$       |
| 4  | 26 200 \$                          | 2 183 \$       | 52 400 \$                          | 4 367 \$       | 104 800 \$                         | 8 733 \$       |
| 5  | 30 680 \$                          | 2 557 \$       | 61 360 \$                          | 5 113 \$       | 122 720 \$                         | 10 227 \$      |
| 6  | 35 160 \$                          | 2 930 \$       | 70 320 \$                          | 5 860 \$       | 140 640 \$                         | 11 720 \$      |
| 7  | 39 640 \$                          | 3 303 \$       | 79 280 \$                          | 6 607 \$       | 158 560 \$                         | 13 213 \$      |
| 8  | 44 120 \$                          | 3 677 \$       | 88 240 \$                          | 7 353 \$       | 176 480 \$                         | 14 707 \$      |
| <i>Pour les cellules familiales de plus de huit personnes, ajouter 4 480 \$ par personne supplémentaire afin de calculer le seuil de pauvreté fédéral.</i> |                                    |                |                                    |                |                                    |                |