

Boston Medical Center **Politique d'aide financière**

Introduction

La mission du Boston Medical Center (l'« Hôpital » ou le « BMC »), en partenariat avec ses centres de santé communautaires agréés, est de fournir des services constamment excellents et accessibles à toute personne ayant besoin de soins, quels que soient son statut ou sa solvabilité. Sa vision est de répondre aux besoins de santé des habitants de Boston et de ses communautés environnantes en fournissant des soins complets et de haute qualité à tous, en étant particulièrement soucieux des besoins des populations vulnérables, par le biais de son système de prestation intégré, de façon responsable des points de vue éthique et financier.

La présente politique s'applique au Boston Medical Center ainsi qu'à certains centres de santé communautaires et fournisseurs identifiés dans celle-ci.

L'Hôpital est le soignant de première ligne fournissant les soins nécessaires sur le plan médical à *toute* personne se présentant dans son établissement et sur ses sites, quelle que soit sa solvabilité. L'Hôpital offre ces soins à tous les patients se rendant dans son établissement, 24 heures sur 24, sept jours sur sept et 365 jours par an. Par conséquent, l'Hôpital s'engage à fournir à tous les patients des soins et services de haute qualité. Dans le cadre de cet engagement, l'Hôpital collabore avec les personnes aux revenus et ressources limitées en vue de trouver des solutions disponibles pour couvrir le coût de leurs soins.

L'Hôpital aidera les personnes non assurées ou sous-assurées à demander une couverture santé via un programme d'aide publique ou le programme d'aide financière de l'Hôpital (y compris, mais sans s'y limiter, MassHealth, le programme de paiement de primes administré par le Health Connector, le Children's Medical Security Program, le Health Safety Net et Medical Hardship) et collaborera avec les personnes afin de les inscrire le cas échéant. L'admissibilité à ces programmes est déterminée en vérifiant, entre autres, le revenu du ménage de la personne, ses biens, la taille de sa famille, ses dépenses et ses besoins médicaux.

Lorsque l'Hôpital aide des patients à obtenir une couverture santé auprès de programmes publics et une aide financière auprès d'autres sources éventuelles, dont l'Hôpital, ce dernier peut également être tenu de facturer en conséquence et de percevoir des paiements spécifiques pouvant comprendre, mais sans s'y limiter, les quotes-parts, franchises et acomptes applicables ainsi que d'autres montants pour lesquels le patient accepte d'être responsable. Lors de l'inscription à des services ou de la réception d'une facture, l'Hôpital encourage les patients à contacter le personnel de l'Hôpital afin de déterminer si eux-mêmes et/ou un membre de leur famille ont besoin d'une aide financière et pourraient en bénéficier.

Lors de la collaboration avec les patients en vue de trouver une aide publique disponible ou une couverture santé via l'aide financière de l'Hôpital, l'Hôpital ne pratique aucune discrimination basée sur la race, la couleur, la nationalité, la citoyenneté, l'extranéité, la religion, les croyances, le sexe, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'âge ou le handicap dans ses politiques ou son application de celles-ci, en ce qui concerne l'acquisition et la vérification d'informations financières, les acomptes antérieurs à l'admission ou au traitement, les plans de paiement, le report ou le rejet d'admissions, la détermination de l'admissibilité d'une personne au statut de patient à faibles revenus tel que déterminé par le système d'admissibilité MassHealth/Connector du Massachusetts ou l'attestation des informations visant à

déterminer le statut de patient à faibles revenus. En tant que telle, cette politique a été vérifiée et approuvée par le comité des finances du conseil de direction de l'Hôpital.

Même si nous comprenons que chaque individu possède une situation financière unique, des informations et une aide relative à l'admissibilité à des programmes d'aide publique et/ou à une couverture peuvent être obtenus auprès du programme d'aide financière de l'Hôpital en contactant le service de conseils financiers situé dans le bâtiment Menino ou Shapiro, du lundi au vendredi entre 8 h et 17 h, afin de discuter avec un Certified Application Counselor du BMC.

Vous trouverez davantage d'informations sur la présente politique et le programme d'aide financière de l'Hôpital, notamment le formulaire de demande et un résumé en langage clair et simple de la politique d'aide financière, sur le site Web de l'Hôpital : www.bmc.org/PFC

Une copie de la politique d'aide financière est également disponible :

- (1) Dans chaque zone d'inscription des patients au sein de l'Hôpital ;
- (2) En demandant l'envoi par e-mail d'une copie à la personne concernée. Cette demande peut être effectuée en appelant le service de conseils financiers au 617-414-5155 ou en présentant une demande écrite à l'adresse ci-dessous :

Boston Medical Center
À l'attention de : Financial Counseling Office
840 Harrison Ave
Boston, MA 02115

Les mesures que l'Hôpital peut prendre en cas de non-paiement sont décrites dans la Politique de l'hôpital en matière de facturation et de recouvrement distincte. Les citoyens peuvent obtenir une copie gratuite de la politique en matière de facturation et de recouvrement :

- (1) Dans chaque zone d'inscription des patients au sein de l'Hôpital
- (2) En téléchargeant la politique sur le site Web de l'Hôpital, [www. BMC.org/PFC](http://www.BMC.org/PFC) ou
- (3) En demandant l'envoi par e-mail d'une copie à la personne concernée. Cette demande peut être effectuée en appelant le service de conseils financiers au 617-414-5155 ou en présentant une demande écrite à l'adresse ci-dessous :

Boston Medical Center
À l'attention de : Financial Counseling Office
840 Harrison Ave
Boston, MA 02115

I. Couverture pour les services de soins de santé médicalement nécessaires

L'Hôpital fournit les services de soins de santé médicaux et comportementaux médicalement nécessaires à tous les patients se présentant sur un site de l'Hôpital, quelle que soit la solvabilité du patient. Les services médicalement nécessaires comprennent ceux grâce auxquels il est raisonnablement attendu qu'ils empêchent, identifient, empêchent l'aggravation de, allègent, corrigent ou guérissent des états mettant la vie en danger, entraînant des souffrances ou des douleurs, provoquant une déformation ou un dysfonctionnement physiques, menaçant de provoquer ou d'aggraver un handicap ou entraînant une maladie ou une infirmité. Les services médicalement nécessaires comprennent les services pour les patients internes et externes tels qu'autorisés en vertu du titre XIX du Social Security Act (loi américaine sur la sécurité sociale).

Le professionnel médical traitant déterminera le type et le niveau des soins et du traitement nécessaires pour chaque patient sur la base des symptômes cliniques qu'il présente et conformément aux normes

de pratique applicables. L'Hôpital respecte les exigences de l'Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (EMTALA) fédéral en réalisant un examen médical de dépistage pour les patients se présentant sur un site de l'Hôpital en vue de bénéficier de services d'urgence, et ce afin de déterminer s'il s'agit d'une urgence médicale.

La classification des services d'urgence ou non se base sur les définitions générales suivantes, ainsi que sur l'évaluation médicale du clinicien traitant. Les définitions des services d'urgence ou de soins urgents fournies ci-dessous sont par ailleurs utilisées par l'Hôpital en vue de déterminer la couverture des créances irrécouvrables admissibles pour des services d'urgence conformément au programme d'aide financière de l'Hôpital, notamment le Health Safety Net.

A. Services d'urgence ou de soins urgents

Tout patient se présentant sur un site de l'Hôpital pour demander une aide d'urgence sera évalué sur la base des symptômes cliniques qu'il présente, sans tenir compte de son identification, de sa couverture d'assurance ou de sa solvabilité. L'Hôpital ne prendra aucune mesure décourageant des personnes de demander des soins médicaux d'urgence, telles qu'exiger des patients le paiement avant de recevoir le traitement d'un état d'urgence médicale ou interférer avec le dépistage et la fourniture des soins médicaux d'urgence en discutant d'abord du programme d'aide financière de l'Hôpital ou de l'admissibilité à des programmes d'aide publique.

- a. Les services d'urgence comprennent le traitement des éléments suivants :
 - i. Un état de santé, physique ou mental, se manifestant par des symptômes si graves, notamment de graves douleurs, pour que *l'on puisse raisonnablement s'attendre à ce que l'absence de soins médicaux rapides par un profane prudent possédant des connaissances moyennes en matière de santé et de médecine pourrait mettre la santé de la personne ou d'un tiers sérieusement en danger, entraîner une grave altération de ses fonctions corporelles ou provoquer un grave dysfonctionnement d'un de ses organes ou d'une partie de son corps*, ou, en ce qui concerne les femmes enceintes, comme défini plus en détail dans 42 U.S.C. § 1395dd(e)(1)(B).
 - ii. Conformément aux exigences fédérales, l'EMTALA s'applique à toute personne se présentant dans la propriété d'un hôpital afin de demander un examen ou un traitement d'une urgence (telle que définie ci-dessus) ou pénétrant dans le service des urgences afin de demander un examen ou un traitement pour un problème de santé. Généralement, les personnes n'ayant pas de rendez-vous se présentent au service des urgences. Cependant, les personnes n'ayant pas de rendez-vous et devant recevoir des soins d'urgence, mais se présentant dans une autre unité de patients internes/externes, une autre clinique ou une autre dépendance seront également évaluées et éventuellement transférées vers un endroit plus approprié en vue d'y subir un examen médical de dépistage d'urgence conformément à l'EMTALA. L'examen et le traitement des cas d'urgence médicale, ou tout autre service rendu dans la mesure exigée par l'EMTALA, seront fournis au patient et seront considérés comme des soins d'urgence. La détermination de l'existence d'un état d'urgence médicale est effectuée par le clinicien traitant ou par tout autre membre du personnel médical qualifié de l'Hôpital, tel que documenté dans le dossier médical de l'Hôpital.
- b. Les services de soins d'urgence comprennent le traitement des éléments suivants :
 - i. Services médicalement nécessaires fournis dans un hôpital pour cas aigus après l'apparition soudaine d'un problème de santé, physique ou mental, se manifestant par des symptômes aigus si graves (par exemple, de graves douleurs pour que *l'on puisse raisonnablement penser que l'absence de soins médicaux par un profane prudent dans*

les 24 heures pourrait mettre la santé d'un patient en danger, altérer ses fonctions corporelles ou entraîner un dysfonctionnement d'un de ses organes ou d'une des parties de son corps. Des services de soins urgents sont fournis dans des situations qui ne mettent pas la vie du patient en danger et ne présentent pas de risque élevé de nuire gravement à la santé d'un individu. Les services de soins urgents ne comprennent pas les soins primaires ou facultatifs.

B. Services non émergents et non urgents :

Pour les patients (1) que le clinicien traitant détermine comme exigeant des soins non émergents ou non urgents ou (2) demandent des soins et un traitement à la suite de la stabilisation d'un état médical urgent, l'Hôpital peut considérer que ces soins se qualifient comme services primaires ou facultatifs.

- a. Les services primaires ou facultatifs comprennent les soins urgents ou émergents et sont demandés par des personnes ou des familles pour le maintien de la santé et la prévention de maladies. Généralement, ces services sont des procédures/visites liées à la santé médicale ou comportementale, prévues à l'avance ou le jour-même par le patient ou par le prestataire de soins sur un site de l'Hôpital notamment, mais sans s'y limiter, sur le campus principal, sur un site ou emplacement distant, ainsi que dans le cabinet d'un médecin affilié, ou dans un centre de santé communautaire. Les soins primaires comprennent les services de soins de santé habituellement fournis par des médecins généralistes, des médecins de famille, des internistes généralistes, pédiatres généralistes et des infirmiers praticiens en soins primaires ou des médecins-adjoints dans un service de soins primaires. Les soins primaires n'exigent pas les ressources spécialisées du service d'urgences d'un hôpital pour cas aigus et excluent les services auxiliaires et les services de soins de maternité.
- b. Les services de soins de santé non émergents ou non urgents (c'est-à-dire les soins primaires ou facultatifs) peuvent être reportés ou différés sur la base de la consultation du personnel clinique de l'Hôpital, ainsi que du prestataire de soins primaires du patient ou de son soignant traitant le cas échéant et de manière appropriée. L'Hôpital peut par ailleurs refuser de fournir à un patient des services non émergents et non urgents si ce dernier est stable sur le plan médical et si l'Hôpital n'est pas en mesure d'obtenir du patient ou d'autres sources un paiement approprié ou des informations sur son admissibilité à une assurance-maladie publique ou privée couvrant le coût des soins non émergents et non urgents. La couverture des services de soins de santé, y compris de santé médicale et comportementale, est déterminée et décrite dans les manuels de nécessité médicale et de couverture de la caisse maladie publique ou privée. Pendant que l'Hôpital tentera de déterminer la couverture sur la base de la couverture d'assurance disponible et connue du patient, l'Hôpital facturera le patient si les services ne sont pas remboursables et si le patient a accepté d'être facturé.
- c. Il se peut que la couverture d'un programme d'aide financière public, privé ou basé à l'hôpital ne s'applique pas à certaines procédures primaires ou facultatives qui ne sont pas remboursables par de telles options de couverture. Si le patient n'est pas certain qu'un service soit couvert, le patient doit contacter le personnel de l'Hôpital au service de conseils financiers, situé dans les bâtiments Menino et Shapiro, du lundi au vendredi entre 8 h et 17 h, afin de déterminer les options de couverture disponibles.

C. Sites hospitaliers fournissant des services médicalement nécessaires et couverts par la politique d'aide financière :

La politique d'aide financière de l'Hôpital couvre l'Hôpital et certains centres de santé communautaires ayant adopté la politique d'aide financière de l'Hôpital. Voici la liste des sites ayant adopté la politique d'aide financière de l'Hôpital :

Boston Medical Center, One Boston Medical Center Place, Boston, MA 02118
Codman Square Health Center, 637 Washington Street, Boston, MA 02124
East Boston Neighborhood Health Center, 10 Grove Street, Boston, MA 02128
DotHouse Health, 1353 Dorchester Avenue, Boston, MA 02122
Greater Roslindale Medical & Dental Center, 4199 Washington Street, Roslindale, MA 02131
South Boston Community Health Center, 409 West Broadway, South Boston, MA 02127

Par ailleurs, la politique d'aide financière de l'Hôpital couvre les services de soins émergents, urgents et primaires émergents fournis par des prestataires compris dans l'annexe A au sein des sites de l'Hôpital répertoriés ci-dessus.

II. Programmes d'aide publique et aide financière de l'Hôpital

A. Aperçu général de la couverture santé et des programmes d'aide financière

Les patients des hôpitaux peuvent être ou non en droit de bénéficier de la gratuité ou du coût réduit des services de soins de santé par le biais de programmes d'aide publique étatiques ainsi que des programmes d'aide financière de l'Hôpital (notamment, mais sans s'y limiter, MassHealth, le programme de paiement de primes administré par le Health Connector, le Children's Medical Security Program, le Health Safety Net et Medical Hardship). Ces programmes sont destinés à aider les patients à faibles revenus en prenant en compte la capacité de chacun à contribuer au coût de ses soins. L'Hôpital aidera, à leur demande, les personnes non assurées ou sous-assurées à demander une couverture par des programmes d'aide publique ou par des programmes d'aide financière de l'Hôpital pouvant couvrir l'ensemble ou une partie de leurs factures hospitalières impayées.

B. Programmes d'aide publique étatiques

L'Hôpital se tient à disposition pour aider les patients à s'inscrire à des programmes de couverture santé étatiques. Ceux-ci comprennent MassHealth, le programme de paiement de primes administré par le Health Connector étatique ainsi que Children's Medical Security Plan. Pour ces programmes, les demandeurs peuvent envoyer une candidature via un site Web en ligne (situé à un emplacement central sur le site Web du Health Connector étatique), une candidature sur papier ou effectuer une demande par téléphone auprès d'un représentant du service à la clientèle situé chez MassHealth ou chez Connector. Les patients peuvent également demander de l'aide aux conseillers financiers de l'Hôpital (également appelés Certified Application Counselors) en ce qui concerne la soumission de la demande sur le site Web ou via une candidature sur papier.

C. Aide financière de l'Hôpital

L'Hôpital fournit également une aide financière aux patients dont les revenus ne permettent pas de payer l'ensemble ou une partie des services fournis. Les patients résidant au Massachusetts et/ou se trouvant dans la zone de services de l'Hôpital peuvent être tenus de compléter leur demande étatique d'une couverture Medicaid ou d'une assurance-maladie subventionnée avant de demander une couverture par les options d'aide financière propres à l'Hôpital. Les patients admissibles peuvent bénéficier de la politique d'aide financière de l'Hôpital sur la base des critères suivants :

C.1 Aide financière de l'Hôpital via le Health Safety Net

Par le biais de sa participation au Massachusetts Health Safety Net, l'Hôpital fournit une aide financière aux patients à faibles revenus non assurés ou sous-assurés qui résident au Massachusetts et

répondent à certains critères de revenus. Le Health Safety Net a été créé pour distribuer de façon plus équitable le coût de la fourniture de soins non indemnisés pour les patients à faibles revenus non assurés et sous-assurés par le biais de soins gratuits ou à prix réduit au sein d'hôpitaux pour cas aigus du Massachusetts. Le regroupement des soins non indemnisés dans le Health Safety Net s'effectue via une évaluation de la capacité de chaque hôpital pour couvrir le coût des soins pour les patients non assurés et sous-assurés dont les revenus sont inférieurs à 300 % du niveau fédéral de pauvreté. Selon la politique de l'Hôpital, tous les patients recevant une aide financière au titre de la politique d'aide financière de l'Hôpital disposent des services du Health Safety Net dans le cadre des soins non indemnisés fournis aux patients à faibles revenus.

Par le biais de sa participation au Health Safety Net, tout patient à faibles revenus recevant des services à l'Hôpital peut être admissible à une aide financière, comprenant les soins gratuits ou partiellement gratuits pour les Health Safety Net Eligible Services définis dans 101 CMR 613:00.

(a) Health Safety Net - Primary (Principal)

Les patients non assurés résidant au Massachusetts et possédant un revenu de ménage brut ajusté modifié MassHealth vérifié ou un revenu familial Medical Hardship, tel que décrit dans 101 CMR 613.04(1), compris entre 0 et 300 % du niveau fédéral de pauvreté peuvent être admissibles aux Health Safety Net Eligible Services.

La période d'admissibilité et le type de services du *Health Safety Net - Primary (Principal)* sont limités aux patients admissibles à l'inscription au programme de paiement de primes administré par le Health Connector tels que décrits dans 101 CMR 613.04(5)(a) et (b). Les patients soumis aux exigences du Student Health Program de M.G.L. c. 15A, § 18 ne sont pas admissibles au *Health Safety Net - Primary (Principal)*.

(b) Health Safety Net - Secondary (Secondaire)

Les patients résidant au Massachusetts et possédant une assurance-maladie primaire et un revenu de ménage brut ajusté modifié MassHealth ou un revenu familial imputable Medical Hardship, tel que décrit dans 101 CMR 613.04(1), compris entre 0 et 300 % du niveau fédéral de pauvreté peuvent être déterminés comme admissibles aux Health Safety Net Eligible Services. La période d'admissibilité et le type de services du *Health Safety Net - Secondary (Secondaire)* sont limités pour les patients admissibles à l'inscription au programme de paiement de primes administré par le Health Connector tels que décrits dans 101 CMR 613.04(5)(a) et (b).

(c) Health Safety Net - Partial Deductibles (Franchises partielles)

Les patients admissibles au *Health Safety Net - Primary (Principal)* ou au *Health Safety Net - Secondary (Secondaire)* possédant un revenu de ménage brut ajusté modifié MassHealth ou un revenu familial imputable Medical Hardship compris entre 150,1 % et 300 % du niveau fédéral de pauvreté peuvent être soumis à une franchise annuelle si tous les membres du Premium Billing Family Group (groupe familial de facturation des primes) possèdent un revenu supérieur à 150,1 % du niveau fédéral de pauvreté. Ce groupe est défini dans 130 CMR 501.0001.

Si un membre du Premium Billing Family Group possède un niveau fédéral de pauvreté inférieur à 150,1 %, il n'y a aucune franchise pour aucun membre du Premium Billing Family Group. La franchise annuelle équivaut au montant le plus élevé parmi les suivants :

1. la prime la plus faible du programme de paiement de primes administré par le Health Connector, ajustée à la taille du Premium Billing Family Group, proportionnellement aux normes de revenus du niveau fédéral de pauvreté MassHealth au début de l'année civile ;
2. 40 % de la différence entre le revenu de ménage brut ajusté modifié MassHealth ou le revenu familial imputable Medical Hardship le plus faible, comme décrit dans 101 CMR 613.04(1), dans le Premium Billing Family Group du demandeur et 200 % du niveau fédéral de pauvreté.

(d) Health Safety Net - Medical Hardship

Tout résident du Massachusetts ayant un revenu quelconque peut être admissible à *Medical Hardship* par le biais du Health Safety Net si les dépenses médicales admissibles ont épuisé son revenu imputable à tel point qu'il/elle n'est pas en mesure de payer les services de santé. Pour qu'un demandeur soit admis à *Medical Hardship*, ses dépenses médicales admissibles doivent dépasser un pourcentage spécifié du revenu imputable du demandeur défini dans 101 CMR 613 comme suit :

Niveau de revenu	Pourcentage du revenu imputable
0 - 205 % du niveau fédéral de pauvreté	10 %
205,1 - 305 % du niveau fédéral de pauvreté	15 %
305,1 - 405 % du niveau fédéral de pauvreté	20 %
405,1 - 605 % du niveau fédéral de pauvreté	30 %
>605,1 % du niveau fédéral de pauvreté	40 %

La contribution requise du demandeur est calculée sous la forme du pourcentage spécifié du revenu imputable défini dans 101 CMR 613.05(1)(b), sur la base du niveau fédéral de pauvreté *Medical Hardship* de la famille multiplié par le revenu comptable effectif, moins les factures non admissibles au paiement par le Health Safety Net, dont le demandeur restera responsable. Les autres exigences de *Medical Hardship* sont spécifiées dans 101 CMR 613.05.

C2. Soins charitables fournis à des personnes admissibles au HSN

Les personnes répondant aux critères d'admissibilité à l'aide financière dans le cadre du programme Health Safety Net décrits à la section I.C1 de la politique peuvent avoir reçu des factures pour des services fournis avant les 10 jours qui précèdent la demande d'une couverture du Health Safety Net. Selon le règlement du Health Safety Net, certains services primaires et facultatifs ne sont pas admissibles à la couverture en vertu du Health Safety Net avant la période de 10 jours et la personne concernée reste responsable du paiement des montants de ces factures. Dès que l'admissibilité au Health Safety Net sera déterminée, le BMC fournira une couverture des soins charitables à 100 % de ces factures pour les services assurés avant la période de 10 jours et ne prendra pas de mesure de recouvrement supplémentaire pour ces factures.

D. Limites concernant les frais facturés

Pour les soins d'urgence et médicalement nécessaires, l'Hôpital ne facturera à toute personne admissible à une aide en vertu de sa politique d'aide financière pas plus que le « montant généralement facturé » aux personnes ayant une assurance pour ce type de soins. À cette fin, le « montant généralement facturé » est déterminé sur la base du taux de remboursement Medicare.

Pour tous les autres soins, l'Hôpital facturera à toute personne admissible à une aide au titre de sa politique d'aide financière un montant inférieur aux frais bruts de ce type de soins.

E. Avis de disponibilité et candidature à un programme d'aide financière de l'Hôpital ou d'aide publique

E.1 Avis de disponibilité des options d'aide financière de l'Hôpital et d'aide publique

L'Hôpital collaborera avec les personnes non assurées ou sous-assurées pour les aider à demander une couverture dans le cadre de programmes d'aide publique et/ou de programmes d'aide financière de l'Hôpital pouvant couvrir l'ensemble ou une partie de leurs factures hospitalières impayées. Afin d'aider les personnes non assurées et sous-assurées à trouver les options disponibles et appropriées, l'Hôpital leur fournira un avis général de la disponibilité de programmes d'aide publique et d'aide financière lors de l'inscription initiale du patient en personne sur un site de l'Hôpital en vue d'y recevoir un service, dans toutes les factures envoyées à un patient ou garant, ainsi que lorsque le prestataire est averti ou a été mis au courant grâce à sa propre diligence raisonnable d'une modification du statut d'admissibilité d'un patient à une couverture d'assurance publique ou privée.

En outre, l'Hôpital publie également des avis dans les secteurs de prestation de services comprenant une zone d'inscription ou d'enregistrement (notamment, mais sans s'y limiter, dans les services de patients internes, de patients externes et d'urgence ainsi que sur les sites de centres de santé communautaires affiliés), dans les bureaux des Certified Application Counselors ainsi que dans les zones d'administration générale habituellement utilisées par les patients (par ex. zones d'admission et d'inscription ou bureaux des services financiers pour les patient qui sont activement ouverts au public). L'avis général informera les patients de la disponibilité de programmes d'aide publique et d'aide financière de l'Hôpital (notamment MassHealth, le programme de paiement de primes administré par le Health Connector, le Children's Medical Security Program, le Health Safety Net et Medical Hardship) ainsi que des endroit(s) au sein de l'Hôpital et/ou des numéros de téléphone à appeler pour fixer un rendez-vous avec un Certified Application Counselor. L'objectif de ces avis est d'aider les personnes à demander une couverture dans le cadre d'un ou plusieurs de ces programmes.

E.2. Candidature à un programme d'aide financière de l'Hôpital ou d'aide publique

L'Hôpital se tient à disposition pour aider les patients à s'inscrire à des programmes d'aide publique étatiques. Ceux-ci comprennent MassHealth, le programme de paiement de primes administré par le Health Connector étatique ainsi que Children's Medical Security Plan. Sur la base des informations fournies par le patient, l'Hôpital identifiera aussi les options de couverture disponibles via son programme d'aide financière, notamment les programmes Health Safety Net et Medical Hardship.

Pour les programmes autres que Medical Hardship, les demandeurs peuvent envoyer une candidature en ligne via un site Web (situé à un emplacement central sur le site Web du Health Connector étatique), une candidature sur papier ou effectuer une demande par téléphone auprès d'un représentant du service à la clientèle situé chez MassHealth ou chez Connector. Les patients peuvent également demander de l'aide au Certified Application Counselor de l'Hôpital en ce qui concerne la soumission de la demande sur le site Web ou via une candidature sur papier.

Pour Medical Hardship, l'Hôpital collaborera avec le patient afin de déterminer si un programme tel que Medical Hardship serait approprié et d'envoyer une candidature Medical Hardship au Health Safety Net. Le patient a l'obligation de fournir toutes les informations nécessaires demandées par l'Hôpital dans des délais adéquats afin d'être certain que l'Hôpital pourra soumettre une candidature exhaustive. Si le patient est en mesure de fournir toutes les informations en temps opportun, l'Hôpital s'efforcera d'envoyer la candidature complète et exhaustive dans les cinq (5) jours ouvrables qui suivent la réception de toutes les informations nécessaires et demandées. Si la candidature complète et exhaustive n'est pas envoyée dans les cinq jours ouvrables qui suivent la réception de toutes les informations nécessaires, des mesures de recouvrement ne peuvent pas être prises à l'encontre du patient en ce qui concerne les factures admissibles à Medical Hardship.

L'Hôpital peut également aider les patients à s'inscrire au Health Safety Net à l'aide d'un processus de détermination présumée conférant l'admissibilité pendant une période limitée. Ce processus est mené par le personnel de l'Hôpital et du centre de santé communautaire qui, sur la base de l'auto-attestation des informations financières par le patient, considérera que ce dernier satisfait ou non à la définition d'un patient à faibles revenus et sera couvert uniquement par les services du Health Safety Net. La couverture commencera à la date de la détermination par le prestataire et se terminera à la fin du mois suivant auquel la détermination présumée sera rendue. Cependant, la couverture peut prendre fin plus tôt si le patient envoie une candidature complète comme décrit ci-dessus.

E.3 Rôle du conseiller financier de l'Hôpital

L'Hôpital aidera les personnes non assurées ou sous-assurées à demander une couverture santé via un programme d'aide publique (y compris, mais sans s'y limiter, MassHealth, le programme de paiement de primes administré par le Health Connector, le Children's Medical Security Program, le Health Safety Net et Medical Hardship) et collaborera avec les personnes afin de les inscrire le cas échéant. L'Hôpital aidera également les patients souhaitant demander une aide financière à l'Hôpital, notamment la couverture par le Health Safety Net et Medical Hardship.

L'Hôpital :

- a) fournira des informations sur toute la gamme de programmes, notamment MassHealth, le programme de paiement de primes administré par le Health Connector, le Children's Medical Security Program, le Health Safety Net et Medical Hardship ;
- b) aidera les patients à présenter une nouvelle demande de couverture ou à soumettre un renouvellement d'une couverture existante ;
- c) collaborera avec le patient afin d'obtenir toute la documentation requise ;
- d) enverra les candidatures ou les renouvellements (ainsi que toute la documentation requise) ;
- e) interagira, le cas échéant et dans la mesure autorisée en vertu des limites du système actuel, avec les programmes en ce qui concerne le statut de ces candidatures et renouvellements ;
- f) aidera à faciliter l'inscription des demandeurs ou bénéficiaires à des programmes d'assurance ;
- g) offrira et fournira une aide à l'inscription des électeurs.

L'Hôpital avertira le patient de son obligation de fournir à l'Hôpital et à l'agence étatique applicable des informations précises et en temps opportun comprenant le nom complet du patient, son adresse, son numéro de téléphone, sa date de naissance, son numéro de sécurité sociale (si disponible), ses options de couverture d'assurance actuelles (notamment une assurance habitation, automobile ou une autre assurance responsabilité) pouvant couvrir le coût des soins reçus, toute autre ressource financière applicable ainsi que des informations sur sa citoyenneté et son lieu de résidence. Ces informations seront soumises à l'État dans le cadre de la demande d'une aide au titre d'un programme public afin de déterminer la couverture des services fournis à la personne concernée.

Si la personne ou son garant n'est pas en mesure de fournir les informations nécessaires, l'Hôpital peut (à la demande du patient) déployer des efforts raisonnables pour obtenir des renseignements supplémentaires provenant d'autres sources. Ces efforts comprennent également la collaboration avec le patient afin de déterminer si une facture de services doit être envoyée au patient pour l'aider à satisfaire aux exigences de la franchise ponctuelle. Ces efforts sont déployés lorsque le patient programme des services hospitaliers, pendant sa préinscription, lors de l'admission du patient à l'Hôpital ou de sa sortie, ou encore dans un délai raisonnable après sa sortie de l'Hôpital. Les informations obtenues par le Certified Application Counselor seront conservées conformément aux lois fédérales et étatiques en vigueur en matière de confidentialité et de sécurité.

L'Hôpital avertira également le patient lors du processus de demande de la responsabilité du patient de signaler tant à l'Hôpital qu'à l'agence étatique fournissant la couverture des services de soins de santé tout tiers pouvant être responsable du paiement des montants réclamés, notamment une police d'assurance habitation, automobile ou une autre assurance responsabilité. Si le patient a déposé une réclamation à un tiers ou intenté une poursuite en justice contre un tiers, le Certified Application Counselor avertit le patient de son obligation de signaler de telles actions au prestataire ainsi qu'au programme étatique dans les 10 jours. Le patient sera également informé du fait que le patient devra rembourser à l'agence étatique appropriée le montant des soins de santé couvert par le programme étatique s'il a été remboursé dans le cadre de la réclamation, ou céder ses droits à l'État pour l'autoriser à récupérer le montant applicable.

Lorsque une personne contacte l'Hôpital, celui-ci tente de déterminer si elle est admissible à un programme d'aide publique ou au programme d'aide financière de l'Hôpital. Toute personne inscrite à un programme d'aide publique peut bénéficier de certains avantages. Les personnes peuvent également prétendre à une aide supplémentaire dans le cadre du programme d'aide financière de l'Hôpital sur la base des revenus documentés et des dépenses médicales admissibles.