

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1^{er} janvier 2012**Dernière révision :** 1^{er} mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et trésorerie**Page :** 1 sur 21

Résumé des politiques et procédures : Définit les directives et les attentes du programme de gratuité des soins de MaineHealth.

Champ d'application : Service client SBO, Conseiller financier SBO, Responsable SBO, Directeur SBO

Politique et procédure

1.0 Objectif

- 1.1. La politique des hôpitaux MaineHealth et de l'Hôpital Memorial de North Conway N.H. (collectivement « Hôpitaux MH ») est de fournir une aide financière aux patients admissibles selon les directives établies dans le présent document. En vertu de la loi du Maine, aucun hôpital ne refusera les services à tout résident du Maine uniquement en raison de l'incapacité du patient à payer pour ces services. Chaque hôpital est tenu d'adopter et de respecter une politique de gratuité des soins qui prévoit une détermination de l'incapacité à payer, définit le service à fournir en tant que gratuité des soins, et prend en compte d'autres sources de paiement des soins, conformément aux normes établies au Chapitre 150 des règles en vigueur du ministère de la Santé et des Services sociaux du Maine, Bureau des services de MaineCare.
- 1.2. Les hôpitaux MH fournissent des soins gratuits à tous les patients, à hauteur de 200 % ou moins des directives fédérales sur la pauvreté. D'autres cabinets médicaux associés à MaineHealth adhèrent également à la présente Politique de gratuité des soins.

2.0 Directives relatives aux revenus

2.1. **Définitions.** Aux fins de la présente Politique, les définitions suivantes s'appliquent :

- 2.1.1. **Famille :** Une famille est un groupe de deux ou plusieurs personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui résident ensemble et parmi lesquelles il existe des responsabilités légales en matière de soutien ; toutes ces personnes liées sont considérées comme une seule famille. (Si un ménage comprend plus d'une famille et/ou plus d'une personne sans lien de parenté, les directives relatives aux revenus sont appliquées de manière distincte à chaque famille et/ou personne sans lien de parenté, et non au ménage dans son ensemble.)

Nom de la politique : Soins gratuits

ID de la politique : PFS-SBO-05

Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2012

Dernière révision : 1er mars 2023

Propriétaires : Services financiers aux patients - Bureau de facturation
unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et
trésorerie

Page : 2 sur 21

2.1.1.1. En vertu de la présente politique, les partenaires domestiques enregistrés sont considérés comme un noyau familial.

2.1.2. Noyau familial de taille une : Dans le cadre des directives relatives aux revenus, un noyau familial de taille une est une personne sans lien de parenté, c'est-à-dire une personne âgée de 15 ans ou plus qui ne vit avec aucun parent. Une personne sans lien de parenté peut être la seule occupante d'une unité de logement, ou peut résider dans une unité de logement (ou dans des logements de groupe tels qu'une maison d'hébergement) dans laquelle une ou plusieurs personnes résident également et qui ne sont pas liées au patient en question par la naissance, le mariage ou l'adoption.

2.1.2.1. Dans le cadre de la présente politique, les étudiants adultes (18 ans ou plus) sont considérés comme une famille d'une personne, même s'ils vivent toujours avec leurs parents.

2.1.3. Revenu : On entend par revenu les recettes annuelles totales avant impôts provenant de toutes les sources, sauf dans les cas prévus au paragraphe (b) ci-dessous.

2.1.3.1. Le revenu comprend :

- les salaires en espèces avant toute déduction ;
- les recettes nettes provenant d'un travailleur indépendant non agricole ou agricole (recettes provenant de la propre entreprise d'une personne ou d'une ferme détenue ou louée après déductions pour les dépenses commerciales ou agricoles) ;
- les paiements réguliers de la sécurité sociale, retraite des chemins de fer, indemnités de chômage, indemnités pour accident du travail, grèves des fonds syndicaux, indemnités vétérans ;
- l'assistance publique, y compris l'assistance temporaire aux familles dans le besoin, le revenu de sécurité supplémentaire et les paiements monétaires d'assistance générale ;
- les allocations de formation ;
- l'alimentation, le soutien aux enfants et les attributions à la famille de militaires ou tout autre soutien régulier d'un membre de la famille absent ou d'une personne ne vivant pas au sein du foyer ;
- les retraites privées, retraites des employés du gouvernement et paiements réguliers d'assurance ou de rente ;

Nom de la politique : Soins gratuits

ID de la politique : PFS-SBO-05

Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2012

Dernière révision : 1er mars 2023

Propriétaires : Services financiers aux patients - Bureau de facturation unique

Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et trésorerie

Page : 3 sur 21

- les dividendes, intérêts, loyers, redevances ou reçus périodiques de biens ou de fiducies ;
- les jeux nets ou gains de loterie.

2.1.3.2. Le revenu ne comprend pas les éléments suivants :

- la plus-value ;
- tout actif liquide, y compris les retraits d'une banque ou les produits de la vente de biens ;
- les remboursements d'impôts ;
- les cadeaux, prêts et héritages forfaitaires ;
- le paiement unique d'assurance ou autre indemnisation unique en cas de préjudice ;
- les avantages non monétaires tels que la partie payée par l'employeur ou par un syndicat de l'assurance maladie ou d'autres avantages sociaux des employés ;
- la valeur de la nourriture et du carburant produits et consommés dans les fermes et la valeur imputée du loyer du propriétaire occupé non agricole ou du logement de la ferme ;
- les programmes fédéraux de prestations non monétaires, y compris Medicare, Medicaid, timbres alimentaires, déjeuners scolaires et aide au logement.

2.1.3.3. Remarque : Bien que les paiements d'assurance ponctuels soient exclus du revenu, les paiements d'assurance ponctuels effectués pour couvrir les services hospitaliers limiteraient la disponibilité des soins gratuits aux factures non couvertes par ces paiements. Voir sous-section 5.1.

2.1.4. Personne : Le terme « personne » désigne un Résident du Maine ou du New Hampshire.

2.1.5. Résident du Maine : Le terme « résident du Maine » désigne une personne vivant volontairement dans l'état avec l'intention de s'installer dans le Maine. Une personne qui visite ou se trouve dans le Maine temporairement n'est pas résidente.

2.1.6. Résident du New Hampshire : Le terme « résident du New Hampshire » désigne une personne vivant dans l'état du New Hampshire volontairement avec l'intention de s'installer dans le New Hampshire. Une personne qui visite ou se trouve dans le New Hampshire temporairement n'est pas résidente. Une preuve de résidence sera

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation
unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et
trésorerie**Page :** 4 sur 21

demandée dans le cadre du processus de demande.

2.2. **Incapacité de payer.** Une personne est incapable de payer les services hospitaliers lorsque le revenu familial de cette personne, calculé par l'une des méthodes suivantes, n'est pas supérieur aux directives applicables relatives aux revenus énoncées dans la sous-section 2.3, (si une méthode ne s'applique pas, l'autre doit être appliquée avant que la détermination de l'inéligibilité ne soit effectuée) :

2.2.1. La multiplication par quatre du revenu familial de la personne pendant les trois mois précédant la détermination de l'éligibilité ; ou

2.2.2. Utiliser le revenu familial réel de la personne pour les 12 mois précédant la détermination de l'éligibilité.

2.3. **Directives relatives aux revenus.** En vertu des réglementations de l'État du Maine, les hôpitaux sont tenus de fournir des soins gratuits complets aux patients à 150 % des directives fédérales sur le seuil de pauvreté (Federal Poverty Level Guidelines, FPL). MaineHealth reconnaît qu'il existe un besoin légitime de fournir des remises supplémentaires aux personnes dont le revenu annuel peut dépasser les directives fédérales sur la pauvreté, mais qui n'ont toujours pas la capacité de payer pour des services. À cette fin, MH offrira des réductions supplémentaires Free Care aux résidents du Maine et du New Hampshire, comme indiqué ci-dessous. Les directives suivantes en matière de revenus doivent être utilisées pour déterminer si une personne est incapable de payer. Ces directives relatives aux revenus seront mises à jour chaque année.

2.3.1. MaineHealth utilisera les directives fédérales actuelles en matière de pauvreté telles que publiées dans le registre fédéral et fournira des soins gratuits complets aux patients dont le revenu est égal ou inférieur à 200 % des directives fédérales sur la pauvreté. Les directives actuelles de MH en matière de gratuité des soins sont énumérées dans l'annexe 1 de la présente Politique. Les directives en matière de revenu de MH dépassent les exigences du ministère de la Santé et des Services sociaux.

3.0 Services couverts

3.1. MH fournira gratuitement des soins pour les services d'hospitalisation et de consultation externe médicalement nécessaires. Seuls les soins médicaux nécessaires sont prodigués gratuitement. MH suivra les politiques des Centres de services Medicare et Medicaid (Centers for Medicare and Medicaid Services, CMS), les politiques locales d'examen médical ou les déterminations de couverture nationale pour déterminer la nécessité

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation unique

Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et trésorerie

Page : 5 sur 21

médicale. La nécessité médicale peut également être déterminée par le médecin prescripteur ou par la compagnie d'assurance-maladie non gouvernementale du demandeur. La Politique sur la gratuité des soins peut couvrir les services préventifs nécessaires en ambulatoire.

3.1.1. Services exclus/limités :

- La chirurgie esthétique, une procédure réalisée dans le seul but d'améliorer l'aspect du patient (à l'exclusion de la chirurgie reconstructrice), n'est pas couverte par Free Care.
- La chirurgie bariatrique est couverte par Free Care uniquement si le médecin fournit une déclaration écrite de nécessité médicale.
- La chirurgie dentaire, une procédure réalisée dans le seul but de retirer les dents infectées ou incluses, est couverte par Free Care uniquement si le médecin fournit une déclaration écrite de nécessité médicale.
- Les procédures liées à la stérilité ne sont pas couvertes par Free Care.
- Les procédures liées à la stérilisation sont couvertes par Free Care uniquement si le médecin fournit une déclaration écrite de nécessité médicale.

4.0 Avis de disponibilité de Free Care

- 4.1. Résumé en langage simple : Les hôpitaux et cabinets médicaux de MH doivent publier des avis de disponibilité de soins gratuits dans les lieux de l'établissement où les membres du public font généralement affaire avec l'hôpital ou se présentent pour recevoir ou demander des services hospitaliers, y compris les zones d'admission, les salles d'attente, les bureaux d'affaires et les zones de réception en ambulatoire.
- 4.2. Avis individuel : En ce qui concerne les services aux patients hospitalisés, les hôpitaux et cabinets médicaux de MH doivent fournir un avis écrit individuel de la disponibilité de soins gratuits avant la sortie. En ce qui concerne les services ambulatoires, chaque hôpital doit soit accompagner la facture du patient d'une copie d'un avis individuel de disponibilité des soins gratuits, soit fournir une copie de l'avis individuel au moment où le service est fourni.
- 4.3. Contenu de l'avis : L'avis écrit affiché et individuel se trouve dans l'annexe 2 de la présente politique.
- 4.4. Communication du contenu : Les hôpitaux MH et les cabinets médicaux doivent mettre en

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation
unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et
trésorerie**Page :** 6 sur 21

œuvre des efforts raisonnables pour communiquer le contenu de l'avis écrit aux personnes raisonnablement considérées comme incapables de lire l'avis. Les traductions des documents de soins gratuits se trouvent sur le site Internet de MH (mainehealth.org) sous l'onglet d'aide financière.

5.0 Détermination de la qualification

5.1. Demande

5.1.1. MH donnera à chaque personne cherchant à bénéficier de soins gratuits la possibilité de présenter une demande sur des formulaires fournis par les hôpitaux MH.

5.1.2. MH exigera d'un candidat qu'il fournisse toute information raisonnablement nécessaire pour justifier le revenu du candidat ou le fait que le patient n'est pas couvert par une assurance ou admissible à une couverture par des programmes d'assistance médicale d'État ou fédéraux lors du traitement des approbations.

5.1.2.1. Voir l'annexe 3 pour la documentation requise

5.1.3. Les demandes pour des soins gratuits seront traitées par des conseillers financiers du bureau de l'entreprise consolidée (Consolidated Business Office, CBO) ou du personnel désigné dans chaque établissement.

5.2. Détermination

5.2.1. Dès réception d'une demande, le CBO ou le personnel désigné déterminera qu'un patient demandant des soins gratuits est admissible à ces soins si :

5.2.1.1. la Personne respecte les directives en matière de revenus spécifiées dans la section 2 ;

5.2.1.2. la Personne n'est pas couverte par une assurance ni éligible à une couverture par des programmes d'assistance médicale d'État ou fédéraux. Cette détermination ne sera pas requise si les services ont été fournis par des

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation unique
Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et trésorerie**Page :** 7 sur 21

établissements ou des cabinets participant aux programmes de remboursement des prêts du NHSC ;

5.2.1.3. les services reçus étaient médicalement nécessaires.

5.2.2. Si le CBO ou le personnel désigné détermine que la personne demandant des soins gratuits répond aux directives en matière de revenus, mais qu'elle est couverte par une assurance ou par des programmes d'assistance médicale d'État ou fédéraux, il doit déterminer que tout montant restant dû après le paiement par l'assureur ou le programme d'assistance médicale sera considéré comme un soin gratuit.

5.2.3. MH permettra que la détermination de la qualification pour les services de soins gratuits en ambulatoire reste valable jusqu'à six mois pour les soins émergents ou médicalement nécessaires ultérieurs après la date de détermination. Cela inclura toutes les créances impayées, y compris celles des agences de créances irrécouvrables, sauf si un paiement a été appliqué sur le compte. Un changement de situation financière ou l'ajout d'un tiers payeur éligible peut modifier la période d'approbation et nécessiter un examen plus approfondi.

5.2.4. Une détermination de la qualification aux services de soins gratuits pour les patients hospitalisés sera effectuée à chaque admission.

5.3. Report de détermination

5.3.1. Dans les conditions précisées aux paragraphes (2) et (3) ci-dessous, une détermination des qualifications à la gratuité des soins peut être différée jusqu'à 60 jours, dans le but d'exiger du candidat qu'il obtienne la présente preuve d'inéligibilité aux programmes d'assistance médicale ou de vérifier que les services en question ne sont pas couverts par une assurance.

5.3.2. Si un demandeur de soins gratuits, qui répond aux directives de revenu de la section 2 et qui n'est pas couvert par un programme d'assistance médicale d'État ou fédéral, répond à l'un des critères suivants, la qualification pour les soins gratuits sera reportée : cette détermination ne sera pas requise si les services ont été fournis par

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation
unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et
trésorerie**Page :** 8 sur 21

des établissements ou des cabinets participant aux programmes de remboursement des prêts de la NHSC.

- 65 ans ou plus ;
- aveugle ;
- handicapé ;
- une Personne est un membre d'une famille dans laquelle un enfant est privé de soutien ou de soins parentaux pour l'une des causes suivantes, et le revenu de la Personne est inférieur aux directives de la section 2 :
 - le décès d'un parent ;
 - l'absence continue du ou des parent(s) au domicile en raison d'une incarcération dans un établissement pénitentiaire, d'un internement dans un établissement médical général, chronique ou spécialisé, d'une déportation vers un pays étranger, d'un divorce, d'une désertion ou d'une séparation mutuelle des parents, ou d'une situation de parent non marié ;
 - l'invalidité d'un parent ; ou
 - le chômage d'un parent qui est le principal bénéficiaire du salaire.

5.3.3. Si une Personne ne satisfait à aucun des critères spécifiés au point (2) ci-dessus, mais que l'hôpital MH n'est pas en mesure de déterminer la couverture du patient et qu'il a de bonnes raisons de penser que le patient peut être couvert par une assurance ou qu'il est éligible à des programmes d'assistance médicale d'État ou fédéraux, l'hôpital peut différer la décision concernant la gratuité des soins. Cette détermination ne sera pas requise si les services ont été fournis par des établissements ou des cabinets participant aux programmes de remboursement des prêts du NHSC.

5.4. Contenu de la détermination favorable

5.4.1. La détermination qu'une Personne est éligible à des soins gratuits doit indiquer :

- que MaineHealth fournira des soins sans frais ou avec des frais réduits ;
- la date à laquelle les services ont été demandés ;
- la date à laquelle la détermination a été effectuée ; et

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation unique

Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et trésorerie

Page : 9 sur 21

- la date à laquelle les services ont été ou seront fournis pour la première fois au demandeur ;
- que tout solde antérieur dû aux hôpitaux MH sera annulé dès l'approbation de l'aide financière ;
- que les services ambulatoires seront couverts pendant une période de six mois à compter de la date d'approbation ;
- que les personnes recevant des services d'hospitalisation devront introduire une nouvelle demande de soins gratuits si leur approbation précédente remonte à plus de 90 jours à compter de l'admission actuelle. Si une Personne est hospitalisée dans les 90 jours suivant l'approbation des soins gratuits en ambulatoire, elle devra signer un formulaire d'attestation confirmant que son revenu n'a pas changé depuis sa demande précédente ;
- que les Personnes recevant des services ambulatoires, et qui ont été jugées éligibles en vertu de la politique sur la gratuité des soins ou qui se sont vues refuser la gratuité des soins peuvent faire l'objet d'une réévaluation sur demande si le patient a subi un changement de revenu au cours de leur période de couverture de six mois. Ces patients devront présenter une nouvelle demande dans le cadre du programme avec des informations actualisées sur les revenus.

5.5. Raisons du refus

5.5.1. MH CBO ou le personnel désigné doit fournir à chaque candidat qui demande des soins gratuits et qui se les sont vus refuser, une déclaration écrite et datée des raisons du refus lorsque le refus est communiqué. Lorsque la raison du refus est l'absence de fourniture des informations requises pendant une période de report en vertu de la sous-section IV (C), la Personne doit être informée qu'elle peut présenter une nouvelle demande de soins gratuits, si les informations requises peuvent être fournies. En outre, l'avis doit indiquer que la Personne a le droit à une audience ; comment obtenir une audience ; et le nom et le numéro de téléphone du patient à contacter, si le prestataire/patient a des questions concernant l'avis.

5.6. Raisons du report

5.6.1. Lorsqu'une demande de soins gratuits est reportée, la Personne est informée de la

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation
unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et
trésorerie**Page :** 10

manière suivante :

Aucune décision de prise en charge gratuite n'a encore été prise. Il y a des raisons de croire que vous [le demandeur] pourriez être admissible à une couverture par des programmes d'assistance médicale d'État ou fédéraux. Si vous pouvez prouver que vous n'êtes pas éligible à la couverture par ces programmes dans les 60 jours suivant la date du présent avis en obtenant une lettre ou une autre déclaration de _____ [insérer le nom de l'agence nationale ou fédérale à laquelle le candidat a été recommandé], vous serez alors considéré(e) comme éligible pour recevoir des soins gratuits. Même si vous êtes admissible à la couverture, des soins gratuits seront offerts pour toute partie des factures que les programmes d'assistance médicale (ou toute assurance que vous avez) ne paieront pas. Cette détermination ne sera pas requise si les services ont été fournis par des établissements ou des cabinets participant aux programmes de remboursement des prêts du NHSC.

- 5.7. Lorsqu'une demande est reportée, le demandeur doit être informé de la raison du report, y compris la base pour laquelle l'hôpital estime que la couverture ou l'éligibilité peut exister et la nature des preuves qui doivent être fournies pour compléter la détermination. L'avis sera essentiellement sous la forme spécifiée dans le paragraphe ci-dessus et comprendra la dernière phrase de cette formule.

6.0 Facturation

- 6.1. Si une Personne a été jugée qualifiée pour bénéficier de soins gratuits à 100 % en vertu de la section 5, la Personne ne sera pas facturée pour les services fournis.
- 6.2. Si une Personne a été jugée qualifiée pour bénéficier de soins gratuits à 100 % en vertu de la section 5, la personne ne sera pas facturée pour tout montant non payé par un assureur ou un programme d'assistance médicale.
- 6.3. Si votre demande d'aide financière est approuvée en vertu de notre politique et que votre approbation ne couvre pas 100 % de nos frais pour le service, vous ne devrez pas payer plus pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires que le montant généralement facturé (amount generally billed, AGB) aux patients bénéficiant d'une assurance. MaineHealth a choisi d'utiliser la méthode rétrospective (Look Back Method) pour calculer l'AGB pour les patients demandant une aide financière. Vous pouvez

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation unique
Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et trésorerie**Page :** 11

trouver plus d'informations sur l'AGB en consultant la section facturation de notre site Internet. Les informations AGB sont disponibles dans la section Politiques, facturation et politique de recouvrement. Vous pouvez également demander une copie gratuite de la présente politique en contactant les Services financiers aux patients au 207-887-5100, ou le numéro gratuit (866) 804- 2499.

- 6.4. Si la demande de soins gratuits d'un patient a été reportée en vertu de la section 5, le patient peut alors être facturé pour les services au cours de la période de report.
- 6.5. Si un patient a été jugé qualifié pour bénéficier de soins gratuits en vertu de la sous-section 5 ou si la détermination couvrant les soins gratuits a été reportée en vertu de la sous-section 5.3, alors aucune municipalité ne sera facturée en vertu du programme d'assistance général pour les soins hospitaliers fournis à ce patient.

7.0 Signalement et tenue des registres

- 7.1. MH conservera des registres de la quantité de soins gratuits fournis conformément aux directives minimales établies dans la présente Politique et du nombre de Personnes auxquelles elle a été fournie. Si un hôpital fournit gratuitement des soins qui ne sont pas requis par la présente Politique, l'hôpital devra tenir des registres distincts de la quantité de ces soins fournis et du nombre de patients auxquels ils ont été fournis.
- 7.2. Chaque hôpital du Maine doit communiquer au ministère de la Santé et des Services sociaux du Maine (DHHS), dans le cadre de son dépôt d'informations aux fins de la conciliation finale, un résumé du montant des soins gratuits qui ont été fournis dans le cadre du paiement applicable ; le montant des soins gratuits qui n'étaient pas requis mais qui ont été fournis cette année-là ; et le nombre de personnes à qui chaque type de soins gratuits (requis et non requis) a été fourni.

8.0 Dépôt ; Applicabilité

- 8.1. Les hôpitaux MH sont tenus de déposer et de conserver auprès du DHHS du Maine une copie à jour de leur Politique sur les soins gratuits et une copie à jour de leur résumé en langage simple.

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation
unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et
trésorerie**Page :** 12

9.0 Avis d'opportunité d'une audience équitable

9.1. Conformément au 22 M.R.S.A. §1716, les résidents du Maine peuvent contacter le DHHS par écrit ou oralement pour une audience auprès de l'Unité d'audience administrative, ministère de la Santé et des Services sociaux, 11 State House Station, Augusta, Maine 04333-0011, afin de demander la possibilité d'une audience équitable concernant l'éligibilité aux soins gratuits. Le DHHS du Maine doit accorder la possibilité d'une audience équitable concernant l'éligibilité à des soins gratuits à :

- tout candidat qui en fait la demande parce que sa demande de gratuité des soins est refusée ou n'est pas prise en charge avec un délai raisonnable ; ou
- tout bénéficiaire de soins qui en fait la demande parce qu'il pense que l'hôpital a pris une mesure erronée.
- Les patients peuvent contacter l'équipe du service clientèle de MH au 207-887-5100 ou le numéro gratuit 1-866-804-2499 pour obtenir des informations supplémentaires sur la demande d'audition.

9.2. Les résidents du nouveau Hampshire peuvent demander un examen de leur détermination pour des soins gratuits en contactant l'équipe du service clientèle de MaineHealth au 207-887-5100 ou le numéro gratuit au 1-866-804-2499. La demande sera examinée pour détermination par la haute direction du cycle des revenus.

10.0 Indigence médicale et éligibilité présumée

10.1. MaineHealth MH reconnaît qu'il peut y avoir des cas où un patient ne serait pas admissible à des soins gratuits en vertu de la présente Politique, mais qu'il ne serait pas légitimement en mesure de payer les services fournis. À cette fin, MH a créé deux catégories supplémentaires d'ajustement, à savoir l'Indigence médicale et l'Éligibilité présumée. Si votre demande a été approuvée pour une aide financière en vertu de la présente Section IX et que votre approbation ne couvre pas 100 % de nos frais pour le service, vous ne serez pas facturé(e) plus pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires que

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation unique
Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et trésorerie**Page :** 13

le montant généralement facturé (AGB) aux patients disposant d'une assurance. MaineHealth a choisi d'utiliser la méthode rétrospective (« Look-Back ») pour calculer l'AGB pour les patients demandant une aide financière. Vous pouvez trouver plus d'informations sur l'AGB en consultant la section facturation de notre site Internet. Les informations relatives à l'AGB se trouvent dans la section Politiques, Politique de facturation et de recouvrement.

Vous pouvez également demander une copie gratuite de la présente politique en contactant les Services financiers aux patients au 207-887-5100, ou le numéro gratuit (866) 804-2499.

10.1.1. Indigence médicale : Il existe trois catégories de base de personnes indigentes sur le plan médical prises en compte dans la présente Politique.

10.1.1.1. La première catégorie comprend les personnes qui sont admissibles à des soins gratuits en fonction de leurs revenus, mais qui ne répondent pas aux exigences de la Politique. Voici quelques exemples de cette catégorie :

- Le patient n'est pas un résident du Maine ou du New Hampshire ;
- Le patient est sans domicile fixe ;
- Le patient faisait partie d'un groupe couvert, mais n'a pas fourni d'avis de refus du DHHS ;
- Les services n'étaient pas médicalement nécessaires, mais jugés médicalement appropriés par le prestataire.

10.1.1.2. La deuxième catégorie regroupe les patients qui ne répondent pas aux directives de Free Care en fonction de leur revenu brut, mais leur revenu net ne leur permet pas de remplir leurs obligations de paiement pour leurs factures médicales.

10.1.1.3. Les deux catégories de Personnes ci-dessus peuvent être approuvées pour ajustement par le personnel de supervision ou de gestion au sein du département des Services financiers aux patients ou le personnel désigné par le CBO compétent, sur recommandation du personnel de recouvrement ou du service client. Remplir un questionnaire financier

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation
unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et
trésorerie**Page :** 14

accompagné d'informations sur les revenus et les dépenses est nécessaire pour valider la nécessité d'un ajustement en vertu de la présente section. Un test des actifs peut être appliqué si cela est jugé approprié par MH.

10.1.1.4. Une troisième catégorie de patients indigents sur le plan médical peut inclure des patients atteints d'un cancer hors état, dont la demande peut être approuvée pour bénéficier de soins gratuits au cas par cas en vertu de la présente Politique. Les patients atteints d'un cancer en dehors de l'état qui participent au programme de soins anticancéreux et qui ont besoin de médicaments anticancéreux nécessaires pour le traitement seront pris en considération par MH pour des soins gratuits. Cette approbation pour des soins gratuits sera saisie dans le système de DME avec des dates d'entrée en vigueur et d'expiration pour s'assurer que les patients qui sont admissibles aux soins gratuits recevront également les médicaments requis gratuitement.

10.1.2. Éligibilité présumée : L'éligibilité présumée est destinée aux patients qui n'ont jamais rempli de demande de soins gratuits, toutefois le département des Services financiers aux patients dispose de suffisamment d'informations pour déterminer qu'ils seraient éligibles aux soins gratuits s'ils en faisaient la demande. Voici quelques exemples :

- En utilisant le logiciel Healthcare Income Predictor 2.0, déterminez l'éligibilité à une aide financière en fonction du score de revenu obtenu.
- Le patient est sans domicile fixe et n'a pas rempli de demande.
- Le patient est couvert par un plan Medicaid en dehors de l'état avec lequel le fournisseur n'est pas certifié, et le solde du patient ne justifie pas la réalisation des tâches administratives lourdes liées à l'accréditation.
- Si une Personne est couverte par le programme MaineCare de l'État du Maine ou par New Hampshire Medicaid, une éligibilité présumée sera appliquée pour les services non couverts avant l'inscription à Medicaid,

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation unique
Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et trésorerie**Page :** 15

limitée aux dates de service au cours de l'année précédant l'inscription au programme d'État.

- Si une Personne est couverte par le programme CarePartners, une éligibilité présumée sera appliquée pour les services non couverts avant l'inscription à CarePartners, limitée aux dates de service au cours de l'année précédant l'inscription au programme d'État.
- Le patient est incarcéré et n'a aucun actif.
- Les qualifications préalables pour des soins gratuits ne sont pas utilisées pour déterminer si une personne est éligible à une éligibilité présumée.
- Tous les services fournis par Preble Street Collaborative seront pris en compte pour une éligibilité présumée dans le cadre de ce programme.
- Les patients adressés pour des services à l'hôpital Mid Coast de la clinique Oasis Free à Brunswick seront considérés pour une éligibilité présumée dans le cadre de ce programme.
- Les patients non assurés recevant des services de soins de crise en santé mentale dans tout service d'urgence de MaineHealth seront pris en compte pour une éligibilité présumée dans le cadre de ce programme.

10.1.2.1. Conformément à la section sur l'indigence médicale, l'ajustement des patients éligibles présumés sera approuvé par le personnel de supervision ou de gestion du département des Services financiers aux patients.

11.0 Assistance pour les programmes d'État et fédéraux

11.1. MH a mis au point un programme visant à aider ses patients en situation d'autofinancement à solliciter des programmes d'État ou fédéraux susceptibles de couvrir le coût des services hospitaliers ou médicaux. Ce programme comprend une visite de tous les patients hospitalisés en situation d'autofinancement et des patients externes sélectionnés en fonction des recommandations de MH pour déterminer leur

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation
unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et
trésorerie**Page :** 16

éligibilité à des programmes d'État et/ou fédéraux. MH peut aider dans le processus de demande pour les nouveau-nés et les qualifier pour le programme MaineCare (Medicaid) de l'État du Maine ou pour l'hôpital Memorial et les patients de cabinets médicaux associés au programme Medicaid de l'État du New Hampshire. L'éligibilité à Medicaid de patients ayant introduit une demande de soins gratuits qui ont été hospitalisés à MH sera évaluée. S'il est déterminé qu'un patient ne sera pas admissible à une assistance d'État ou fédérale, cette détermination sera acceptée comme un refus du DHHS et MH traitera

la demande de soins gratuits de la Personne. Cette détermination ne sera pas requise si les services ont été fournis par des établissements ou des cabinets participant aux programmes de remboursement des prêts du NHSC.

12.0 Plans du marché

- 12.1. Avec la Loi sur les soins abordables (Affordable Care Act), nos patients doivent bénéficier d'une couverture médicale soit par le biais d'un régime parrainé par l'employeur, d'un régime d'achat privé, soit en introduisant une demande auprès du marché de l'assurance-maladie. MH dispose de ressources disponibles pour aider nos patients tout au long du processus de demande de plans de marché. Les patients peuvent contacter notre équipe CarePartners au 877-626-1684 pour obtenir de l'aide.
- 12.2. Les patients qui demandent des soins gratuits et qui ont été hospitalisés dans un hôpital MH seront évalués pour déterminer leur éligibilité à MaineCare (Medicaid) ou New Hampshire Medicaid pour les patients de l'hôpital Memorial. Si la Personne peut fournir une copie de la Notification d'éligibilité au marché de l'assurance-maladie montrant qu'ils ne seraient pas éligibles à Medicaid, le personnel de MH traitera la demande de soins gratuits de la Personne.

13.0 Coordonnées pour l'aide financière

- 13.1. Un patient peut demander des soins gratuits au bureau des conseils financiers de MH au 662-1949 ou au (800) 619-9715, ou en contactant le bureau des Services financiers aux patients au 887-5100 ou le numéro gratuit (866) 804-2499. La demande de soins gratuits et la présente Politique se trouvent également sur notre site Internet, dans la section

Nom de la politique : Soins gratuits**ID de la politique :** PFS-SBO-05**Date d'entrée en vigueur :** 1er janvier 2012**Dernière révision :** 1er mars 2023**Propriétaires :** Services financiers aux patients - Bureau de facturation unique
Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et trésorerie**Page :** 17

facturation.

13.2. Pour d'autres ressources financières, les patients peuvent contacter CarePartners. CarePartners coordonne la fourniture de services de soins de santé donnés pour les résidents non assurés à faible revenu dans cinq comtés du Maine (Cumberland, Lincoln, Waldo, York et Kennebec). Le programme, un partenariat entre MH, les médecins, les hôpitaux et d'autres professionnels de santé, aide les membres de la communauté qui ne sont pas autrement admissibles aux programmes de couverture de soins de santé publics ou privés à obtenir des soins de santé complets et médicalement nécessaires. Pour plus d'informations sur CarePartners, veuillez appeler le numéro gratuit 877-626-1684.

14.0 Services médicaux couverts par une aide financière

- 14.1. Tous les services médicaux fournis par les groupes de médecins de MH seront couverts par le programme de soins gratuits.
- 14.2. Certains prestataires de services ne sont pas affiliés à MH et peuvent ne pas accepter notre détermination de la gratuité des soins. Ces prestataires peuvent inclure, mais sans s'y limiter, ce qui suit : Spectrum Medical Group (anesthésie, pathologie et radiologie), médecins InterMed et autres cabinets médicaux ou groupes de médecins privés.

15.0 Politique de facturation et de recouvrement de MH

15.1. MH utilisera les tentatives de communication suivantes pour récupérer sur une facture auprès de nos garants : les déclarations du patient, les lettres et les appels téléphoniques. Conformément à la Politique de facturation et de recouvrement de MH, passés 120 jours dans ce processus, s'il n'y a pas eu de communication avec le garant concernant le paiement du montant impayé, le compte sera éligible pour un renvoi auprès de notre agence de recouvrement. Une copie de la Politique de facturation et de recouvrement de MH est disponible sur le site Internet de MH à l'adresse www.mainehealth.org ou en appelant le service clientèle au 207-887-5100 ou le numéro gratuit au (866) 804-2499.

Nom de la politique : Soins gratuits **ID de la politique :** PFS-SBO-05
Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2012
Dernière révision : 1er mars 2023
Propriétaires : Services financiers aux patients - Bureau de facturation
unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et
trésorerie **Page : 18**

Politiques associées : Facturation et recouvrements..... PFS-SBO-07

Historique des révisions

| Révision # | Révision Date | Description |
|------------|---------------|---|
| 1 | 22/02/22 | Mise à jour selon les modifications du comité d'examen pour l'exercice 2022 |
| 2 | 17/01/23 | Mise à jour de la FPL pour 2023 ; ajout de la pièce jointe de l'avis publié |

Historique des approbations

Approuvé par :  _____ Date : 22/02/2022

Paul L. Chausse, Jr
VP, Gestion du cycle des recettes

Nom de la politique : Soins gratuits ID de la politique : PFS-SBO-05
 Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2012
 Dernière révision : 1er mars 2023
 Propriétaires : Services financiers aux patients - Bureau de facturation unique Page : 21 sur 21
 Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et trésorerie

Annexe 1

Directives de soins gratuits de MaineHealth

| | | Maine DHHS Chapitre 150 Exigence | Directive sur les revenus de MH |
|---|---|--|------------------------------------|
| Personnes de la famille/du ménage | Recommandations en matière de pauvreté | 150 % du FPL | 200 % du FPL |
| 1 | 14 580 \$ | 21 870 \$ | 29 160 \$ |
| 2 | 19 720 \$ | 29 580 \$ | 39 440 \$ |
| 3 | 24 860 \$ | 37 290 \$ | 49 720 \$ |
| 4 | 30 000 \$ | 45 000 \$ | 60 000 \$ |
| 5 | 35 140 \$ | 52 710 \$ | 70 280 \$ |
| 6 | 40 280 \$ | 60 420 \$ | 80 560 \$ |
| 7 | 45 420 \$ | 68 130 \$ | 90 840 \$ |
| 8 | 50 560 \$ | 75 840 \$ | 101 120 \$ |
| Pour les familles/ménages de plus de 8 personnes, ajoutez 5 140 \$ par personne supplémentaire. | | Remise appliquée : 100 % | Remise appliquée : 100 % |

Nom de la politique : Soins gratuits

ID de la politique : PFS-SBO-05

Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2012

Dernière révision : 1er mars 2023

Propriétaires : Services financiers aux patients - Bureau de facturation
unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et
trésorerie

Page : 20 sur 21

Annexe 2

AVIS

LES SOINS MÉDICAUX POUR CEUX QUI NE PEUVENT PAS PAYER

La loi du Maine exige que des soins médicaux gratuits soient fournis aux résidents du Maine dont le revenu est inférieur à 150 % du seuil de pauvreté fédéral. MaineHealth fournit des soins complets gratuits aux patients dont les revenus sont inférieurs à 200 % du seuil de pauvreté fédéral. Les résidents du New Hampshire qui reçoivent des soins à l'hôpital Memorial et/ou dans d'autres cabinets médicaux associés de MaineHealth peuvent également être qualifiés en vertu de la Politique de soins gratuits.

| | | Maine DHHS Chapitre 150 Exigence | Directive sur les revenus de MH |
|--|---|--|--|
| Personnes de la famille/du ménage | Recommandations en matière de pauvreté | 150 % du FPL | 200 % du FPL |
| 1 | 14 580 \$ | 21 870 \$ | 29 160 \$ |
| 2 | 19 720 \$ | 29 580 \$ | 39 440 \$ |
| 3 | 24 860 \$ | 37 290 \$ | 49 720 \$ |
| 4 | 30 000 \$ | 45 000 \$ | 60 000 \$ |
| 5 | 35 140 \$ | 52 710 \$ | 70 280 \$ |
| 6 | 40 280 \$ | 60 420 \$ | 80 560 \$ |
| 7 | 45 420 \$ | 68 130 \$ | 90 840 \$ |

| | |
|--|--|
| Nom de la politique : Soins gratuits | ID de la politique : PFS-SBO-05 |
| Date d'entrée en vigueur : 1er janvier 2012 | |
| Dernière révision : 1er mars 2023 | |
| Propriétaires : Services financiers aux patients - Bureau de facturation unique Tony Murray, Directeur principal, Opérations SBO et trésorerie | Page : 21 sur 21 |

| | | | |
|--|-----------|---------------------------------|---------------------------------|
| 8 | 50 560 \$ | 75 840 \$ | 101 120 \$ |
| Pour les familles/ménages de plus de 8 personnes, ajoutez 5 140 \$ par personne supplémentaire. | | Remise appliquée : 100 % | Remise appliquée : 100 % |

On vous demandera si vous avez une assurance de quelque nature que ce soit pour vous aider à payer vos soins. Nous pouvons vous aider pour accéder à votre admissibilité à des programmes d'État ou fédéraux qui vous aideront à payer vos soins.

Les frais ne dépasseront pas les montants généralement facturés à Medicare

Si votre demande est approuvée pour bénéficier d'une aide financière en vertu de notre Politique (c.-à-d., indigence médicale ou éligibilité présumée) et que votre approbation ne couvre pas 100 % de nos frais pour le service, vous ne serez pas facturé(e) plus pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires que le montant généralement facturé aux patients disposant d'une assurance.

Seuls les soins médicaux nécessaires sont prodigués gratuitement. Si vous n'êtes pas admissible à des soins médicaux gratuits, vous pouvez demander une audience équitable. Nous vous indiquerons comment introduire une demande d'audience équitable.