

SERVICE RESPONSABLE : Cycle des revenus (Revenue Cycle)	OBJET : Aide financière
NOMBRE DE PAGES : 13	REMPLECE LA POLITIQUE (NUMÉRO/DATE) : Toutes les précédentes politiques de bienfaisance dans tous les hôpitaux du FMOLHS
Date initiale : 6/28/2013 Date de révision : 6/25/2018 ; 2/17/2021 Date de prise d'effet : 7/1/2018 ; 7/1/2021	NUMÉRO DE POLITIQUE : FIN.04.29
Approuvée par : Chaque entité du FMOLHS	Date d'approbation : 06/2021

CHAMP D'APPLICATION :

S'applique à tous les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires fournis par les établissements hospitaliers du Franciscan Missionaries of Our Lady Health System (FMOLHS), y compris tous les soins de ce type fournis dans les établissements hospitaliers du FMOLHS par des entités substantiellement liées. Les établissements hospitaliers du FMOLHS regroupent :

- Our Lady of the Lake Regional Medical Center
- Our Lady of Lourdes Regional Medical Center
- St. Dominic Memorial Hospital
- St. Francis Medical Center
- Our Lady of the Angels Hospital
- Assumption Community Hospital

OBJECTIF :

Cette politique d'aide financière (Financial Assistance Policy, FAP) a pour objectif de préciser :

- les critères d'admissibilité à l'aide financière sous forme de soins gratuits ;
- comment demander une aide financière ;
- comment l'hôpital calcule les montants facturés aux patients ;
- comment la FAP est largement diffusée au sein de la communauté desservie par l'hôpital ;
- les mesures que l'hôpital peut prendre en cas de non-paiement ; et
- la conformité aux lois et règlements fédéraux et étatiques en vigueur.

POLITIQUE :

Le FMOLHS s'engage à fournir une aide financière aux personnes non ou insuffisamment assurées ayant des besoins médicaux, afin qu'elles puissent recevoir des soins médicalement nécessaires, en fonction de leur situation financière individuelle. Le FMOLHS s'efforce de faire

en sorte que la capacité financière des personnes qui ont besoin de services médicaux ne les empêche pas de chercher ou de recevoir ces soins.

- A. Afin de **déterminer** si une personne est **admissible** à l'aide financière, **elle doit présenter une demande** d'aide financière. Cette FAP décrit comment faire une demande, et précise les critères d'admissibilité qu'une personne doit remplir pour recevoir une aide financière. Les informations et les **documents à fournir** dans le cadre de cette demande sont également indiqués dans la FAP.
- B. La présente FAP **s'applique à tous les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires fournis par les établissements hospitaliers** du FMOLHS pour le diagnostic et le traitement de maladies ou de blessures. L'hôpital déterminera si un service est admissible à l'aide financière. Les services spécifiquement **exclus** comprennent, sans s'y limiter :
- a. Les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, y compris, mais sans s'y limiter :
 - i. Interventions esthétiques, telles qu'augmentation mammaire, abdominoplastie, injections de Botox, blépharoplastie, peelings chimiques, élimination des taches cutanées, produits de comblement dermique, sclérothérapie et traitements dermatologiques au laser.
 - ii. Soins dentaires esthétiques
 - iii. Chirurgie bariatrique
 - iv. Circoncision
 - v. Tests génétiques
 - vi. Traitement hormonal substitutif
 - vii. Thérapie Stretta
 - b. Les éléments personnels fournis pendant un séjour hospitalier, tels que plateaux invités ou chambres privées non médicalement nécessaires.
 - c. Les frais résultant de procédures non prises en charge par une assurance tierce, bien qu'elles soient médicalement nécessaires, en raison du non-respect par le patient des directives du payeur d'assurance lorsqu'un patient a sciemment reçu des services dans un hôpital non conventionné
 - d. Les accidents de véhicules à moteur pour lesquels la responsabilité d'un tiers est engagée pour le paiement des frais d'hospitalisation (par exemple, ceux impliquant des patients sans assurance maladie).
- C. Les **services professionnels** fournis par des médecins traitants, assistants médicaux ou cliniciens en pratique avancée au service des urgences et dans tous les autres services de l'hôpital peuvent être couverts ou non par cette FAP. Une liste des prestataires qui dispensent des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires dans l'établissement hospitalier est conservée dans un document distinct de la FAP. Elle est disponible sur demande. Les patients peuvent demander à en recevoir gratuitement un exemplaire papier en appelant le numéro de téléphone principal de l'hôpital et en demandant le service de conseil financier (Financial Counseling) de Our Lady of the Lake et le service des admissions dans tous les autres hôpitaux. Une liste des adresses physiques et numéros de téléphone se trouve à l'**Addenda A** de cette politique.

- D. Si un patient a des **possibilités de paiement** comme, par exemple, une assurance maladie ou le produit d'un règlement avec un tiers, il peut ne pas avoir droit à une aide financière.
- E. L'aide financière n'est pas considérée comme un substitut à la responsabilité personnelle. Les **patients sont tenus de coopérer** avec les procédures du FMOLHS pour obtenir une aide financière ou d'autres formes de paiement, **et de contribuer** au coût de leurs soins en fonction de leur capacité individuelle à payer. Les personnes ayant la capacité financière de souscrire une assurance maladie doivent être encouragées à le faire.
- F. Si une personne demandant à bénéficier de la FAP est ou peut être admissible à des fonds provenant de programmes locaux, étatiques ou fédéraux qui prennent en charge une partie ou la totalité des coûts des services médicaux, cette personne est censée faire une demande pour ces programmes avant que son admissibilité soit déterminée dans le cadre de cette FAP. L'aide financière est généralement le **payeur de dernier recours** par rapport à toutes les autres ressources financières dont dispose le patient, notamment : l'assurance ; les programmes gouvernementaux, tels que, mais sans s'y limiter, les prestations pour les vétérans (Veterans Administration, VA), Medicare et Medicaid ; la responsabilité civile ; et les biens personnels, notamment les liquidités existantes. L'hôpital aidera les personnes à s'inscrire aux programmes gouvernementaux.
- G. L'hôpital ne refusera pas d'accorder une aide financière en vertu de la présente FAP pour le motif que le demandeur a omis de fournir des renseignements ou des documents que l'hôpital ne précise pas dans la présente FAP ou dans le formulaire de demande de la FAP. L'hôpital informera par écrit la personne de la décision concernant son admissibilité à la présente FAP et du fondement de cette décision.
- H. Les documents relatifs à l'aide financière obtenus des patients seront sécurisés ; l'accès à ces documents sera limité aux personnes essentielles au processus d'aide financière.
- I. Les mesures que l'hôpital peut prendre en cas de non-paiement sont décrites de manière générale dans la présente FAP. **L'hôpital fera des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est admissible à une aide en vertu de la présente FAP avant d'entreprendre une mesure de recouvrement extraordinaire (Extraordinary Collection Action, ECA).** Une fois l'admissibilité déterminée, une personne admissible à la FAP ne sera pas facturée plus cher pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires que les montants généralement facturés (Amounts Generally Billed, AGB) aux personnes dont l'assurance prend ces soins en charge.
- J. Les **AGB** sont calculés une fois par an pour chaque hôpital du FMOLHS. Tout changement nécessaire sera mis en œuvre dans les 120 jours suivant le calcul. L'hôpital limitera les montants qu'il facture pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires fournis aux personnes admissibles à l'aide financière aux montants moyens généralement facturés aux patients assurés commercialement et aux patients Medicare. Les AGB sont déterminés en multipliant les frais bruts pour les soins admissibles par un pourcentage des AGB. Ce pourcentage est basé sur l'ensemble des demandes de

remboursement acceptés par Medicare et les assureurs de santé privés sur une période de 12 mois, divisés par les frais bruts associés à ces demandes. Un exemplaire écrit du pourcentage des AGB actuellement utilisés est disponible gratuitement sur simple appel téléphonique au numéro figurant à l'Addenda A pour l'établissement hospitalier concerné.

- K. La **notification** des programmes d'aide financière du FMOLHS sera diffusée par divers moyens, pouvant inclure, mais sans s'y limiter la publication d'avis sur les factures des patients et l'affichage d'avis aux urgences et dans les zones d'admission, ainsi que dans d'autres lieux publics que le FMOLHS peut choisir. De même, le FMOLHS publie et diffuse largement sur les sites internet de ses établissements les éléments suivants : la présente politique d'aide financière, un résumé en langage clair de cette politique et le formulaire de demande d'aide financière. Ces documents sont fournis dans les principales langues parlées par les populations à compétence limitée en anglais desservies par chaque hôpital du FMOLHS. Un exemplaire papier de ces documents sera remis aux patients aux urgences et dans les autres zones d'admission sur demande et par courrier.
- L. La direction et les établissements du FMOLHS doivent se conformer à toutes les autres lois, règles et réglementations fédérales, étatiques et locales qui peuvent s'appliquer aux activités menées conformément à la présente politique.

I. PROCESSUS DE DEMANDE

- A. Pour déterminer si une personne est admissible à une aide financière, elle doit remplir, signer et envoyer une demande d'aide financière, ainsi que les documents requis mentionnés dans la présente politique. Des formulaires de demande sont disponibles dans tous les services des admissions et sur le site internet de chaque hôpital. La liste des sites internet, des adresses physiques et des numéros de téléphone de chaque établissement hospitalier figure à l'**Addenda A**. Les instructions pour renvoyer le formulaire rempli sont détaillées dans la demande d'aide financière.
- B. La disponibilité d'une aide financière sera communiquée aux patients lors de leur admission ou de leur sortie. Des conseillers financiers procéderont à une sélection des patients intéressés et les aideront à remplir la demande d'aide financière. Ces conseillers sont présents à l'hôpital, dans le service des admissions, pour vous aider à remplir le formulaire ou pour répondre à toute question relative à cette FAP. Pour trouver le service des admissions de chaque hôpital, il suffit de suivre la signalisation clairement indiquée dans les allées publiques de l'hôpital. Les adresses des hôpitaux figurent à l'**Addenda A**.
- C. Le patient ou son garant sont tenus de fournir des documents personnels, financiers et autres permettant de déterminer les besoins financiers **dans les trente (30) jours** suivant la demande d'aide. Le demandeur doit fournir les informations demandées pour le patient, son conjoint, les membres de la famille qui résident ensemble et les personnes à charge figurant sur la même déclaration de revenus. **Les demandes ne remplissant pas ces conditions peuvent être retournées au demandeur ou considérées comme refusées.**

- D. Une personne non assurée qui ne fournit pas les informations nécessaires à une évaluation précise sera présumée être en mesure de payer la totalité des frais pour les services rendus et devra payer un dépôt égal aux frais bruts multipliés par le pourcentage des AGB qui s'applique à l'hôpital dans lequel les services seront rendus, ou reportés (dans les cas non urgents uniquement). Si la personne non assurée a commencé le processus d'aide financière sans le terminer, elle devra payer un **dépôt standard** non remboursable (voir l'*Addenda C* pour les dépôts standard de chaque hôpital) ou fera l'objet d'un report lorsqu'un dépôt peut être payé ou que des informations peuvent être fournies pour remplir la demande de FAP (dans les cas non urgents). **REMARQUE** : concernant les services rendus dans les cliniques médicales de praticiens, un dépôt égal au pourcentage des AGB multiplié par les frais bruts sera utilisé à la place du dépôt standard.
- E. Bien qu'une demande puisse être refusée si elle n'a pas été déposée dans les 30 jours, elle sera rouverte et réexaminée si le patient nous contacte et demande un réexamen dans les 240 jours suivant la facturation après sa sortie de l'hôpital.

II. DÉTERMINATION DE L'AIDE FINANCIÈRE

- A. L'aide financière sera déterminée conformément aux procédures qui impliquent une évaluation individuelle des besoins financiers et peut :
- a. inclure l'utilisation de sources de données externes accessibles au public qui fournissent des informations sur la capacité de paiement d'un patient ou de son garant (notamment l'évaluation de solvabilité) ;
 - b. inclure des efforts raisonnables de la part du FMOLHS pour explorer des sources alternatives appropriées de paiement et de prise en charge des programmes de paiement publics et privés, et pour aider les patients à s'inscrire à de tels programmes ;
 - c. tenir compte des actifs disponibles du patient, et de toutes les autres ressources financières dont il dispose.
- B. **Une vérification des revenus est requise** pour toute demande d'aide financière. Les documents suivants doivent être communiqués :
- a. Demande d'aide financière remplie
 - b. Pièce d'identité avec photo ou pièce d'identité légale
 - c. Déclarations de revenus les plus récentes du patient/garant, des membres de la famille vivant au domicile et des personnes à charge figurant sur la déclaration de revenus du patient/garant. Si le patient/garant n'est pas tenu de déclarer ses impôts fédéraux (en raison d'un faible revenu ou de l'absence de revenu), une déclaration de l'IRS est requise.
 - d. Justificatif de revenus du patient/garant, des membres de la famille vivant au domicile et des personnes à charge figurant sur la déclaration d'impôts du patient/garant.

- i. Pour les personnes salariées : 3 derniers bulletins de salaire, relevés bancaires des 3 derniers mois, derniers formulaires W-2 disponibles.
- ii. Pour les personnes non salariées : déclaration mensuelle de revenus de l'activité non salariée ou copie du grand livre de l'entreprise/résumé du compte chèque de l'entreprise.
- iii. Pour les personnes sans emploi : copie des informations sur les prestations d'invalidité de la Sécurité Sociale, autres revenus/prestations de la sécurité sociale, formulaire 1099R, pension, assistance publique, indemnités pour accident du travail, fonds fiduciaires, chômage, pension militaire, pension alimentaire pour enfants et pension alimentaire, chèques d'assistance publique, chèques de retraite et/ou déclaration notariée de soutien.

- C. Les demandes d'aide financière sont traitées rapidement, et le FMOLHS **informe le patient ou le demandeur par écrit dans les 30 jours suivant la réception d'une demande dûment remplie.**
- D. L'annulation de la dette liée à l'aide financière sera effective à la **date du service pour lequel la demande d'aide financière a été faite** et pour les dates de service ultérieures au cours des six mois suivants. REMARQUE : pour chaque épisode de soins, une vérification sera effectuée afin de déterminer si le patient est toujours sans assurance.
- E. Les patients doivent **présenter une nouvelle demande** d'aide financière après la période de six mois pour laquelle la demande initiale a été approuvée.

III. ADMISSIBILITÉ ET MONTANT DE L'ANNULATION :

L'admissibilité à l'annulation de la dette est déterminée en fonction du nombre de personnes composant le foyer et du revenu familial annuel en pourcentage du niveau fédéral de pauvreté (Federal Poverty Level, FPL). Le FMOLHS applique les directives fédérales sur la pauvreté (Federal Poverty Guidelines) qui sont mises à jour et publiées chaque année par le département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (U.S. Department of Health and Human Services) dans le *Federal Register*. Les informations les plus récentes sont disponibles sur ce site internet : <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

- A. Les patients non assurés dont le revenu familial est **inférieur ou égal à 275 %** du FPL pourront bénéficier d'une annulation totale de tous les frais d'hospitalisation, à l'exclusion de tout dépôt standard précédemment payé, s'ils répondent aux autres critères d'admissibilité définis dans la FAP.
- B. Les patients non assurés dont le revenu familial est **supérieur à 275 %** du FPL peuvent bénéficier d'une assistance médicale **de type catastrophique**, en fonction de leur situation financière particulière. Si les factures médicales du patient pour les 12 mois précédant immédiatement le traitement sont supérieures ou égales à vingt pour cent (20 %) de son revenu familial annuel, le patient peut bénéficier d'une aide financière sous

forme de remise. Cette remise sera appliquée de telle sorte que le montant dû par le patient soit égal à 10 % du montant du revenu familial annuel.

- C. Les patients **insuffisamment assurés** (voir le paragraphe Définitions) seront traités comme des patients non assurés aux fins de l'aide financière.

IV. AIDE FINANCIÈRE PRÉSUMÉE

- A. Il y a présomption d'admissibilité à une aide financière lorsque l'hôpital utilise des renseignements autres que ceux fournis par la personne pour déterminer son admissibilité à des soins gratuits. Les comptes répondant aux critères de présomption feront l'objet d'une annulation totale.
- B. Un patient peut être admissible à une aide financière même si aucune demande d'aide financière ne figure dans son dossier, lorsque le patient ou d'autres sources peuvent fournir des preuves suffisantes d'admissibilité présumée. Dans ce cas, l'activité de recouvrement (conformément aux actions décrites dans la section V ci-dessous) continuera pendant toute la durée du processus de diligence raisonnable ou de révision du compte du patient. Une liste des informations obtenues d'autres sources figure à l'*Addenda B*.
- C. Un système de notation peut également être utilisé afin de déterminer si un patient est admissible à une aide financière présumée. Celui-ci est similaire au système de solvabilité produit par un fournisseur approuvé par le FMOLHS. Seuls les comptes dont le score est inférieur au minimum fixé par le système de notation seront pris en considération pour une aide financière présumée. Si un patient s'est vu refuser l'aide financière en raison d'une non-conformité ou de la découverte d'un revenu, il ne pourra pas bénéficier d'une annulation au titre de l'aide financière présumée.

V. MESURES DE RECOUVREMENT

- A. En cas de non-paiement de la part du patient/garant, l'hôpital prendra les **mesures de recouvrement** suivantes : envoi de relevés de facturation, appel des patients pour les soldes non réglés, transfert des comptes à des agences de facturation ou de recouvrement pour suivi, et dépôt de plainte dans le cadre de procédures de faillite. L'hôpital peut également prendre des **mesures de recouvrement extraordinaires (Extraordinary Collection Actions, ECA)**, notamment des saisies sur salaire, privilèges, rapports à des agences de crédit externes, saisies de comptes bancaires, saisies de biens personnels et poursuites judiciaires.
- B. L'hôpital fera des **efforts raisonnables** pour déterminer si une personne est admissible à recevoir des soins gratuits avant de prendre des mesures de recouvrement extraordinaire. Il s'agit notamment de :

- a. informer la personne de l'existence de la FAP (notamment en faisant des efforts raisonnables pour l'informer oralement de la politique et de la façon d'obtenir de l'aide) ;
 - b. s'abstenir de toute action de recouvrement extraordinaire pendant une période d'au moins 120 jours à compter de la date à laquelle l'établissement hospitalier publie le premier relevé de facturation des soins après la sortie de l'hôpital ; et
 - c. remettre à la personne un avis écrit indiquant qu'une aide financière est disponible pour les personnes admissibles et l'informant (au moins 30 jours à l'avance) du type d'ECA que l'hôpital a l'intention de prendre et de la date après laquelle ces mesures de recouvrement extraordinaires peuvent être prises. Cet avis écrit comprendra également un résumé en langage clair de la FAP.
- C. Les demandes d'aide financière sont traitées **jusqu'à 240 jours après la date du premier relevé de facturation des soins après la sortie de l'hôpital**. L'établissement hospitalier n'a aucune obligation de traiter les demandes reçues après cette date. Dès réception d'une demande dans les délais, toute ECA déjà prise sera temporairement suspendue pendant le traitement de la demande.
- D. Si une personne soumet une demande incomplète au cours de la période de 240 jours commençant après le premier relevé de facturation des soins après la sortie de l'hôpital, des efforts en plus de ceux détaillés ci-dessus doivent être entrepris avant de déclencher ou de reprendre les ECA. L'hôpital informera la personne de la façon de remplir la demande, notamment par un avis écrit décrivant les renseignements supplémentaires requis et/ou les documents à fournir. L'avis écrit contiendra également les coordonnées des personnes à contacter pour obtenir de plus amples informations sur le processus de la FAP et pour obtenir de l'aide dans le processus de demande. L'établissement hospitalier donnera à la personne une occasion raisonnable de fournir les informations manquantes avant de déclencher ou de reprendre les ECA.
- E. Une fois la demande remplie, l'hôpital la traitera en temps opportun et informera la personne par écrit de son admissibilité et des raisons de cette décision. L'hôpital fera des efforts raisonnables pour annuler toute ECA prise à l'encontre de la personne concernant des montants qui ne sont plus dus.
- F. Le FMOLHS n'imposera pas d'ECA à un patient sans avoir au préalable fait des efforts raisonnables pour déterminer si ce patient est admissible à une aide financière en vertu de la présente politique d'aide financière. Le responsable du service des admissions de chaque hôpital a l'autorité finale et est chargé de déterminer si des efforts raisonnables ont été faits pour que les ECA soient alors autorisés.

VI. DÉFINITIONS :

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

Indemnité contractuelle : la différence entre le niveau de paiement établi en vertu d'un accord contractuel avec un tiers payeur et les frais bruts du patient.

Mesures de recouvrement extraordinaires (Extraordinary Collection Actions, ECA) : des ECA s'appliquent lorsque l'établissement hospitalier a un impact sur les rapports de solvabilité ou lance des processus juridiques tels que privilèges, saisies immobilières, de comptes bancaires ou de biens personnels, saisies-arrêts sur salaire et/ou arrestations. Les ECA ne comprennent pas : l'appel des patients pour soldes ouverts, l'envoi de relevés, ou le dépôt d'une plainte dans une procédure de faillite.

Soins d'urgence : le patient a besoin d'une intervention médicale immédiate en raison d'un état grave, mettant sa vie en danger, ou potentiellement invalidant. En général, le patient est vu et/ou admis par les urgences. Voir la section 1867 de la loi de Sécurité Sociale (Social Security Act, 42 U.S.C. 1395dd).

Aide financière : l'aide financière est définie comme des services médicaux fournis gratuitement (ou à prix réduit dans le cas de l'aide financière de type catastrophique) aux patients non ou insuffisamment assurés et incapables de payer en fonction de leur niveau de revenu (selon les Federal Poverty Guidelines du département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis), d'une analyse financière, d'indicateurs démographiques et/ou de besoins supplémentaires en matière de santé basés sur un diagnostic. L'aide financière ne comprend pas : les indemnités contractuelles des programmes gouvernementaux et les indemnités contractuelles des assurances.

Famille : selon la définition du Bureau du recensement des États-Unis (Census Bureau), un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont liées par la naissance, le mariage ou l'adoption.

Revenu familial : selon les directives du Bureau du recensement des États-Unis, les éléments suivants entrent dans le calcul du revenu familial :

- sont inclus les gains, les indemnités de chômage, les indemnités pour accident du travail, la sécurité sociale, le revenu complémentaire de sécurité (Supplemental Security Income), l'assistance publique, les paiements aux anciens combattants, les prestations aux survivants, les revenus de pension ou de retraite, les intérêts, les dividendes, les loyers, les redevances, les revenus de successions, les fiducies, l'aide à l'éducation, les pensions alimentaires, les pensions alimentaires pour enfants, l'aide provenant de l'extérieur du foyer et d'autres sources diverses ;
- est calculé avant impôt ;
- sont inclus les revenus de tous les membres de la famille qui résident ensemble et les personnes à charge figurant sur la déclaration de revenus. (Les personnes non apparentées, comme les colocataires, ne sont pas prises en compte.) ;
- pour les personnes à charge qui vivent hors du foyer, le revenu familial comprend le revenu de la personne à charge, ainsi que le revenu de celle qui déclare la personne à charge dans sa déclaration d'impôt ;

- Le revenu familial comprend également les ressources ou les biens qui sont facilement convertibles en espèces, notamment les comptes chèques, comptes d'épargne, actions, obligations, certificats de dépôt et espèces. Les plans IRA et 401K sont exclus jusqu'à retrait de l'argent.

Directives fédérales sur la pauvreté (Federal Poverty Guidelines) : une simplification des seuils de pauvreté du Bureau du recensement des États-Unis utilisée à des fins administratives telles que la détermination de l'admissibilité financière. Chaque année, le département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (Department of Health and Human Services, HHS) publie les directives dans le Federal Register.

Frais bruts : le coût total de la prestation des services de soins aux patients au plein tarif établi par l'hôpital, avant l'application des déductions.

Soins médicalement nécessaires : traitement médical approprié et nécessaire pour le traitement des symptômes présents, tel que défini par Medicare et les tiers payeurs.

Aide financière présumée : aide accordée sur la base d'un système de notation ou d'autres sources de données qui fournissent des preuves suffisantes d'admissibilité. La présence d'un formulaire financier dans le dossier n'est pas nécessaire pour l'approbation de l'aide financière présumée.

Patient non assuré : personne recevant des services médicaux n'ayant pas d'assurance maladie et ne pouvant bénéficier d'aucun programme d'État ou fédéral.

Patient insuffisamment assuré : personne recevant des services médicaux et ayant une assurance santé privée, mais dont la protection ne prend pas en charge les soins spécifiques. Les patients bénéficiant d'une assurance commerciale ne sont généralement pas admissibles à l'annulation de l'aide financière en raison des exigences des régimes d'assurance maladie et des exigences légales liées à la facturation aux patients de la totalité de leur part des coûts des services fournis. Toutefois, si la protection d'un tiers ne prend pas en charge les services hospitaliers en raison d'exclusions du régime de santé, de conditions préexistantes, d'une période de carence avant l'admissibilité ou de l'épuisement des prestations, le patient peut être considéré comme non assuré et avoir droit à un ajustement de l'aide financière, pour les services non pris en charge. Cela ne s'applique pas lorsque la protection tierce ne fournit pas de protection dans un établissement du FMOLHS pour des services qui seraient autrement autorisés dans le réseau de prestataires du payeur.

ANNEXES : Addenda A – Liste des sites internet et numéros de téléphone des hôpitaux
Addenda B – Aide financière présumée
Addenda C – Dépôts standard

ADDENDA A. Liste des sites internet, adresses physiques et numéros de téléphone des hôpitaux

Hôpital	Site internet	Emplacement du service des admissions	Numéro de téléphone
Our Lady of the Lake	www.ololrmc.com/financialassistance	5000 Hennessy Blvd Baton Rouge, LA 70808	(225) 765 7921 (800) 327 3284
Our Lady of Lourdes	www.lourdesrmc.com/financialassistance	4801 Ambassador Caffery Lafayette, LA 70508	(337) 470 2000
St. Dominic's	www.stdom.com/financialassistance	969 Lakeland Drive Jackson, MS 39216	(601) 200 2000
St. Francis Medical Center	www.stfran.com/financialassistance	309 Jackson Street Monroe, LA 71201	(318) 966 4000
Our Lady of the Angels Hospital	www.oloah.org/financialassistance	433 Plaza Street Bogalusa, LA 70427	(985) 730 6700
Assumption Community Hospital	www.ololrmc.com/financialassistance	135 Highway 402 Napoleonville, LA 70390	(985) 369 3600

REMARQUE : veuillez ne pas utiliser l'adresse ci-dessus pour envoyer vos demandes d'aide financière.
L'adresse correcte figure sur le formulaire de demande lui-même.

ADDENDA B. Aide financière présumée

Les informations obtenues de sources autres que le patient peuvent être utilisées pour déterminer l'admissibilité présumée. Il s'agit notamment de preuves de la participation du patient à un ou plusieurs des programmes suivants :

1. Programmes de prescription financés par l'État ;
2. LACHIP, logement subventionné, repas scolaires gratuits ou à prix réduit, etc. pour les enfants du patient/garant ;
3. Programme de coupons alimentaires de la Louisiane ou du Mississippi ;
4. Programme Medicaid de l'État ; pour les patients qui bénéficient d'une protection Medicaid, l'aide financière est déterminée d'après les informations fournies par le programme Medicaid, notamment les preuves que :
 - le patient bénéficie actuellement de Medicaid, mais a un solde antérieur dans les 12 mois précédant la date d'approbation ;
 - le patient bénéficie actuellement de Medicaid avec des avantages limités (prise en charge uniquement de la planification familiale) ;
 - le patient est dans un hospice et bénéficie uniquement de Medicaid ;
 - le patient bénéficie de Medicaid par le biais d'un État non contractant ;
 - le patient est admissible à Medicaid avec une « exigence de réduction des dépenses » ;
 - le patient est admissible à d'autres programmes d'aide étatiques ou locaux qui ne sont pas financés (par exemple, la réduction des dépenses de Medicaid) ;
 - le patient est décédé sans tiers responsable ni succession connus. Les efforts de diligence raisonnable pour vérifier les actifs de la succession doivent être documentés via le site internet approuvé de l'hôpital.

En outre, un patient peut être présumé admissible à une aide financière si une attestation indépendante et qualifiée indique qu'il est sans abri.

ADDENDA C. Dépôts standard

Hôpital	Dépôt standard pour intervention chirurgicale	Dépôt standard pour radiologie	Dépôt standard pour tous les autres services
Our Lady of the Lake	200 \$	10 \$	10 \$
Our Lady of Lourdes	200 \$	25 \$	25 \$
St. Dominic's	200 \$	25 \$	25 \$
St. Francis Medical Center	200 \$	25 \$	25 \$
Our Lady of the Angels Hospital	200 \$	25 \$	25 \$
Assumption Community Hospital	S.O.	10 \$	10 \$