

<b>DÉPARTEMENT RESPONSABLE :</b> Cycle de revenu	<b>OBJET :</b> Aide financière
<b>NOMBRE DE PAGES : 14</b>	<b>REMPLECE POLITIQUE (NUMÉRO/DATE) :</b> Toutes les politiques précédentes des œuvres caritatives dans tous les hôpitaux FMOLHS
Date originale : 28 juin 2013 Date révisée : 25 juin 2018 Date d'entrée en vigueur : 1 juillet 2018	<b>NUMÉRO DE POLITIQUE :</b> FIN.04.29

**ÉTENDUE :**

S'applique à tous les soins d'urgence et à d'autres soins médicaux nécessaires fournis par les établissements hospitaliers de FMOLHS, y compris les soins fournis dans les établissements hospitaliers de FMOLHS par des entités très reliées. Les établissements hospitaliers de FMOLHS comprennent :

- Centre médical régional Our Lady of the Lake
- Centre médical St. Francis
- Centre médical régional Our Lady of Lourdes
- Hôpital St. Elizabeth
- Hôpital Our Lady of the Angels
- Hôpital communautaire de l'Assomption

**OBJECTIF :**

Le but de cette politique d'aide financière (FAP) est de spécifier :

- 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 politique d'aide financière FAP est distribuée dans la communauté desservie par l'hôpital ;
- Quelles actions l'Hôpital peut prendre en cas de non paiement, et
- Conformité avec les lois et règlements fédéraux et d'État.

**POLITIQUE :**

FMOLHS s'engage à fournir de l'aide financière à ceux qui ont besoin de soins de santé et ne disposant pas d'assurance ou qui sont sous-assurés pour des soins médicaux nécessaires et cela sur la base de leurs situations financières individuelles. FMOLHS œuvre à assurer que les capacités financières des gens qui ont besoin de services de soins de santé ne les empêchent pas de demander ni de recevoir des soins.

- A. Pour **déterminer** si un individu est **admissible** pour de l'aide financière, **l'individu doit demander** l'aide financière. Cette politique (FAP) décrit comment appliquer les critères d'admissibilité et spécifie ces critères qu'un individu doit satisfaire pour recevoir de l'aide financière. Les renseignements et **documents requis** dans le cadre de la demande d'aide financière sont aussi définis dans cette politique (FAP).
- B. Cette politique (FAP) **s'applique à tous les soins d'urgences et à d'autres soins médicaux nécessaires fournis par les hôpitaux de FMOLHS** en ce qui concerne les diagnostics et traitements de maladie ou de blessure. L'Hôpital déterminera si un service est admissible pour l'aide financière. Les services spécifiquement **exclus** comprennent, sans restriction, ce qui suit :
- a. Les soins médicaux non nécessaires, y compris mais sans s'y limiter
    - i. Les chirurgies esthétiques telles les augmentations mammaires, les abdominoplasties, les injections de Botox, les blépharoplasties, les exfoliations chimiques, les enlèvements d'acrochordon, les remplissages dermiques, les sclérothérapies et les traitements dermatologiques au laser.
    - ii. Les chirurgies dentaires esthétiques
    - iii. Les chirurgies bariatriques
    - iv. Les circoncisions
    - v. Les tests génétiques
    - vi. Les hormothérapies substitutives
    - vii. Les thérapies Stretta
  - b. Les articles personnels durant une attente impatiente, exemple, les plateaux de visiteurs, les chambres individuelles qui ne sont pas nécessaires.
  - c. Les frais résultant de chirurgies non couvertes par une assurance tierce, malgré d'être médicalement nécessaire, en raison du non respect du patient des directives du payeur d'assurance lorsqu'un patient reçoit sciemment des services dans un hôpital non conventionné.
  - d. Les accidents de la route où la responsabilité civile est sollicitée pour le paiement des frais d'hôpital (exemple : les accidents impliquant des patients qui n'ont pas d'assurance maladie)
- C. **Les services professionnels** fournis par des médecins traitants, des médecins assistants ou des cliniciens en pratique avancée dans le service d'urgence et dans tous les départements hospitaliers, peuvent être ou ne pas être couverts par cette politique (FAP). Une liste de fournisseurs offrant des soins d'urgence et d'autres soins médicaux nécessaires dans l'établissement hospitalier figure dans un document séparé de la politique FAP et est disponible sur chaque site Web de l'Hopital FMOLHS. Les listes sur le site Web indiquent les fournisseurs de soins couverts par cette politique FAP et ceux qui ne le sont pas. Les patients peuvent demander des copies imprimés gratuites en appelant le numéro de téléphone principal de l'hôpital et en demandant le

département de conseil financier à Our Lady of the Lake et le département des admissions dans tous les autres hôpitaux. Une liste de sites Web, d'adresses physiques, de numéros de téléphone se trouve dans *l'Annexe A* de cette politique.

- D. Si un patient dispose de **ressources** potentielles de paiement comme, mais sans s'y limiter, une assurance maladie ou d'autres moyens de paiement, la personne peut ne pas être admissible à l'aide financière.
- E. L'aide financière ne constitue pas un remplacement pour la responsabilité personnelle. **Les patients doivent se conformer** aux procédures de FMOLHS pour obtenir l'aide financière ou d'autres formes de paiement, **et contribuer au** coût de leurs soins sur la base de leurs capacités individuelles de payer. Les particuliers ayant une capacité financière d'acheter une assurance maladie seront encouragés à faire de même.
- F. Si un demandeur de FAP est admissible ou peut être admissible à d'autres fonds de programmes locaux, d'État et fédéraux qui couvrent une partie ou l'intégralité des coûts des services de soins de santé, le demandeur de FAP doit faire d'abord une demande d'aide dans le cadre de ces programmes avant de déterminer son admissibilité au FAP. L'aide financière est en général un **payeur de dernier recours** par rapport à toutes les autres ressources financières disponibles pour le patient y compris : l'assurance, les programmes gouvernementaux tels que, mais sans y limiter, les prestations pour les vétérans, le régime d'assurance maladie, le Medicaid, la responsabilité civile, les moyens personnels, y compris les avoirs existants en espèce. L'hôpital fournira une assistance aux particuliers pour faire une demande aux programmes gouvernementaux.
- G. L'hôpital ne refusera pas l'aide financière dans le cadre de la FAP en raison de manque de renseignements ou de documents que l'hôpital ne spécifie pas dans la FAP ou dans le formulaire de demande de la FAP. L'hôpital notifiera le demandeur par écrit de la décision relative à son admissibilité conformément à la politique et sur la base de cette décision.
- H. Les documents relatifs à l'aide financière obtenus des patients seront conservés en un lieu sûr, l'accès à ces documents sera limité à ceux qui traitent la demande d'aide financière.
- I. Les mesures que l'hôpital peut prendre en cas de non paiement sont en général décrites dans cette politique FAP. **L'hôpital déploiera des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est admissible à l'aide dans le cadre de la FAP avant de s'engager dans une mesure extraordinaire de recouvrement (ECA)**. Suite à la détermination de l'admissibilité FAP, une personne admissible à la FAP ne paiera plus pour les soins d'urgence ou autres soins médicaux nécessaires que les montants

généralement facturés (Amounts Generally Billed, AGB) aux personnes possédant une assurance couvrant ces soins.

- J. Le calcul des montants généralement facturés (AGB) sera effectué annuellement pour chaque hôpital FMOLHS. Toute modification nécessaire sera appliquée dans les 120 jours suivant le calcul. L'hôpital limitera les montants facturés pour les soins d'urgences ou autres soins médicaux nécessaires fournis aux personnes admissibles à l'aide financière à la moyenne de montants généralement facturés pour les patients commercialement assurés et possédant un Medicare. AGB est déterminé par la multiplication des charges brutes pour les soins admissibles par un pourcentage AGB. Le pourcentage se base sur toutes les réclamations autorisées par Medicare et les assureurs maladie privés sur une période déterminée de 12 mois divisé par les charges brutes liées à ces réclamations. Des copies écrites du pourcentage AGB actuellement utilisé peuvent être obtenus sans frais en appelant le numéro de téléphone apparaissant dans l'Annexe A pour l'établissement hospitalier concerné.
- K. La **notification** relative aux programmes d'aide financière FMOLHS sera distribuée par divers moyens pouvant inclure, sans restriction, la publication d'avis dans les factures des patients et l'affichage des avis dans les salles d'urgence et les zones d'admission et dans d'autres lieux publics que FMOLHS peut choisir. FMOLHS publiera et fera une large promotion sur les sites Web de l'établissement de ce qui suit : cette politique d'aide financière, un résumé en langage clair de la politique et la demande d'aide financière. Ces documents seront fournis dans les langues principales parlées par les populations dont le niveau d'anglais est limité et qui sont desservies par un hôpital FMOLHS. Les copies imprimées de ces documents seront fournies aux patients dans la salle d'urgence et autres zones d'admission sur demande par courrier.
- L. L'administration et les établissements des FMOLHS **respecteront** tous les autres **règlements et lois** fédéraux et d'État pouvant s'appliquer aux activités effectuées en vertu de cette politique.

## **I. PROCESSUS DE DEMANDE**

- A. Remplir, signer et soumettre une demande d'aide financière ainsi que soumettre les documents nécessaires définis dans cette politique sont nécessaires pour déterminer si une personne est admissible pour une aide financière. Les formulaires de demande sont disponibles aux départements d'admission et sur chaque site Web d'hôpital. Pour consulter une liste des sites Web, les adresses physiques et les numéros de téléphone pour chaque établissement hospitalier, consultez l'**Annexe A**. Les instructions pour retourner la demande remplie sont indiquée en détail dans le formulaire de demande d'aide financière.

- B. La disponibilité de l'aide financière sera communiquée aux patients à l'accueil ou à la sortie. Les conseillers financiers sélectionneront les patients intéressés et les assisteront à remplir la demande d'aide financière. Les conseillers financiers sont présents à l'hôpital au département d'admission pour assister les patients à remplir la demande et à répondre à toute question en rapport avec la FAP. Vous pouvez trouver le département d'admission de chaque hôpital en suivant la claire signalisation dans les chemins publics de l'hôpital. Les adresses des hôpitaux se trouvent dans l'**Annexe A**.
- C. Le patient ou le garant du patient doivent fournir des documents personnels, financiers et autres pour prouver le besoin financier **dans un délai de (30) jours** de la demande d'aide. Le demandeur doit fournir les renseignements requis pour le patient, l'épouse, les membres de la famille qui résident ensemble et les personnes à charge figurant sur la même déclaration de revenus. **Les demandes qui ne satisfont pas à ces conditions peuvent être retournées aux demandeurs ou rejetées.**
- D. Une personne non assurée qui ne fournit pas les renseignements nécessaires pour une évaluation exacte sera considérée capable de payer la totalité des frais pour les services rendus et paiera un dépôt égal aux frais bruts fois le pourcentage AGB s'appliquant à l'hôpital où les services seront donnés, ou sera reprogrammée (dans les cas non urgents uniquement). Si une personne non assurée a entamé un processus d'aide financière sans le terminer, la personne non assurée devra payer un **Dépôt standard** non remboursable (voir **Annexe C** pour les dépôts standards pour chaque hôpital) ou sera reprogrammée lorsqu'un dépôt peut être payé ou quand les renseignements seront fournis pour remplir la demande de la FAP (dans les cas non urgents). REMARQUE : Pour les services rendus dans des cliniques médicales, un dépôt égal au pourcentage AGB fois les frais bruts sera utilisé à la place du dépôt standard.
- E. Bien que les demandes peuvent être rejetées si elles ne sont pas complétées dans un délai de 30 jours, la demande sera rouverte et ré-examinée si le patient nous contacte et demande une révision dans un délai de 240 jours après la facturation finale.

## **II. DÉTERMINATION DE L'AIDE FINANCIÈRE**

- A. L'aide financière sera déterminée selon les procédures impliquant une **évaluation individuelle du besoin financier** et peut :
- a. inclure l'utilisation de sources de données externes publiques fournissant des informations sur la capacité d'un patient ou d'un garant de patient à payer (tel que l'évaluation de crédit);
  - b. Comprendre des efforts raisonnables de FMOLHS à explorer des sources alternatives appropriées de paiement et de couverture dans des programmes de paiement publics et privés, et à assister les patients à faire des demandes à de tels programmes ;

- c. Prendre en compte les avoirs disponibles du patient et toutes les autres ressources financières disponibles pour le patient.
- B. La vérification des revenus est nécessaire** pour toute requête d'aide financière. Les documents suivants doivent être fournis :
- a. Une demande d'aide financière remplie
  - b. Une carte d'identité avec photo ou une carte d'identité légale
  - c. Les déclarations de revenus les plus récentes pour le patient/garant, les membres de la famille vivant dans le foyer, et les personnes à charge figurant sur la déclaration de revenus du patient/du garant. Si le patient/garant n'est pas requis de soumettre une déclaration de revenus fédérale (à cause d'un faible revenu ou d'un revenu inexistant), une attestation de l'IRS est requise.
  - d. Les preuves de revenus pour le patient/garant, les membres de la famille vivant dans le foyer, et les personnes à charge figurant sur la déclaration de revenus du patient/du garant.
    - i. Si salarié : Les trois (3) dernières fiches de paie, les relevés bancaires des 3 derniers mois, le dernier W-2 disponible
    - ii. Si travailleur autonome : Relevé du revenu mensuel pour le travail autonome ou une copie de la comptabilité générale/sommaire du compte chèque.
    - iii. Si sans emploi : Une copie de renseignements sur les prestations de l'invalidité de la sécurité sociale, autres revenus/prestations de la sécurité sociale, 1099R, pension, aide publique, rémunération du travailleur, fonds de fiducies, chômage, soutien militaire, pension alimentaire pour enfants, pension alimentaire, chèques d'aide publique, chèques de retraite, certificat notarié de soutien.
- C.** Les demandes d'aide financière seront traitées rapidement et FMOLHS **notifiera le patient ou le demandeur par écrit dans un délai de 30 jours de la réception de la demande complète.**
- D.** Les annulations d'aide financière seront appliquées à la **date de service pour laquelle l'aide financière a été soumise** et pour les dates de service à venir au cours des six mois suivants. REMARQUE : La vérification d'assurance sera effectuée pour chaque épisode de soins pour déterminer si le patient est toujours non assuré.
- E.** Les patients doivent faire **une nouvelle demande** d'aide financière après la période des six mois pour laquelle la demande originale a été approuvée.

### **III. ADMISSIBILITÉ ET MONTANT D'ANNULATION :**

L'admissibilité pour l'annulation est déterminée en fonction du nombre des personnes dans le foyer et du revenu familial annuel comme un pourcentage du niveau de pauvreté fédéral

(FPL). FMOLHS utilisera les Directives Fédérales sur la Pauvreté qui sont mises à jour et publiées chaque année par le Département de la Santé et des Services Humains des États-Unis dans le Federal Register. Les dernières informations sont disponibles sur ce site: <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

- A. Les patients non assurés dont le revenu familial est égal ou **inférieur de 250 %** au seuil de pauvreté fédéral seront admissibles à une annulation de tous les frais de soins, excluant tous les dépôts standards précédemment payés, en supposant qu'ils satisfont à tous les autres critères d'admissibilité définis dans la FAP.
- B. Les patients non assurés dont le revenu familial **dépasse de 250 %** le seuil de pauvreté peuvent bénéficier de l'aide médicale **catastrophique**, dépendamment des conditions financières particulières des patients. Si les factures médicales du patient pour les 12 mois précédant immédiatement le traitement sont supérieures ou égales à (20%) de leur revenu familial, le patient peut bénéficier d'une aide financière sous forme de soins gratuits.
- C. Les patients **sous-assurés** (voir la partie des Définitions) seront traités en tant que patients **non assurés** pour les besoins d'aide financière.

#### **IV. AIDE FINANCIÈRE FORFAITAIRE**

- A. L'admissibilité forfaitaire pour l'aide financière a lieu lorsque l'hôpital utilise des informations autres que celles fournies par l'individu pour déterminer l'admissibilité aux soins gratuits. Les comptes remplissant les critères forfaitaires seront annulés à 100 %
- B. Un patient peut être admissible à l'aide financière même s'il ne dispose d'aucune forme d'aide financière dans son dossier lorsque le patient ou d'autres sources peuvent fournir des justificatifs d'admissibilité présumée. Dans ces situations, l'activité de recouvrement (en vertu des actions décrites dans la partie V ci-dessous) se poursuivra pendant que la diligence due continue ou jusqu'à ce que le compte du patient soit révisé. Une liste d'informations obtenues d'autres sources est incluse dans l'**Annexe B**.
- C. Un système de points peut également être utilisé afin de déterminer si un patient est admissible à l'aide financière forfaitaire. Le système de points est similaire à l'évaluation de crédit et est produit par un fournisseur approuvé par FMOLHS. Seuls ces comptes qui sont au-dessous du système de points minimum seront considérés pour l'aide financière forfaitaire. Si un patient reçoit un refus d'aide financière en raison de

non conformité ou de revenu qui a été découvert, il ne sera pas admissible pour une annulation forfaitaire de l'aide financière.

## **V. MESURES DE RECOUVREMENT**

- A. En cas de non paiement du patient/garant, l'hôpital engagera des **mesures de recouvrement** : en envoyant des factures, en appelant les patients pour les soldes non utilisés, en transférant les comptes aux agences de facturation et de recouvrement pour le suivi, et en déposant des réclamations aux termes de la loi sur la faillite. L'hôpital peut s'engager aussi dans des **mesures de recouvrement extraordinaires** comprenant la saisie de salaire, les privilèges, le rapport à des agences de crédit externe, la saisie immobilière, la saisie de compte bancaire, la saisie de biens personnels et les actions en justice.
- B. L'hôpital déploiera des **efforts raisonnables** pour déterminer si une personne est admissible pour recevoir des soins gratuits avant d'entamer les mesures de recouvrement extraordinaires. Les efforts raisonnables comprennent :
- a. Informer la personne à propos de la FAP (y compris les efforts raisonnables pour notifier la personne verbalement à propos de la politique et comment obtenir de l'aide) ;
  - b. S'abstenir de toutes mesures de recouvrement extraordinaires pour une période de 120 jours à partir de la date l'établissement de l'hôpital fournit la première facture après congé pour les soins ; et
  - c. Faire parvenir à la personne un avis écrit qui indique que l'aide financière est disponible pour les personnes admissibles et notifie la personne (au moins 30 jours à l'avance) du type de mesures de recouvrement extraordinaires que l'hôpital veut entamer et le délai après lequel ces mesures peuvent être entamées. Cet avis écrit sera aussi inclus dans un résumé en langage clair de la FAP.
- C. Les demandes d'aide financière seront traités dans un délai pouvant aller **jusqu'à 240 jours après la date de la première facture après congé** pour des soins. L'établissement hospitalier n'a aucune obligation de traiter les demandes reçues après cette date. À la réception d'une demande à temps, toute mesure de recouvrement extraordinaire déjà entamée sera temporairement suspendue pendant l'étude de la demande.
- D. Si une personne soumet une demande incomplète durant la période des 240 jours commençant après la première facture après congé pour des soins, des efforts en plus de ceux susmentionnés doivent être entrepris avant que des mesures de recouvrement extraordinaires soient entamées ou reprises. L'hôpital informera la personne comment compléter la demande par notamment un avis écrit qui décrit les renseignements

supplémentaires nécessaires et/ou les documents devant être soumis. L'avis écrit contiendra aussi les renseignements de contact pour obtenir plus d'informations sur le processus de FAP et comment obtenir de l'aide dans le processus de la demande. L'établissement hospitalier offrira à la personne une opportunité raisonnable pour soumettre les renseignements manquants avant le lancement ou la reprise des mesures de recouvrement extraordinaires.

- E. Une fois que la demande a été remplie et soumise, l'hôpital la traitera dans un délai raisonnable et informera la personne par écrit s'il est admissible sur la base de cette évaluation. L'hôpital déploiera des efforts raisonnables pour renverser toute mesure de recouvrement extraordinaire contre la personne concernée par des montants qui ne sont plus à sa disposition.
- F. FMOLHS n'imposera pas de mesures de recouvrement extraordinaires pour tout patient sans déployer d'efforts raisonnables pour déterminer si ce patient est admissible à l'aide financière conformément à cette politique d'aide financière. Le directeur du département des admissions dans chaque hôpital possède l'autorité finale et il est en mesure de déterminer si des efforts raisonnables ont été déployés et si des mesures de recouvrement extraordinaires peuvent être lancées.

## **VI. DÉFINITIONS :**

Pour les besoins de cette politique, les termes ci-dessous ont été définis comme suit :

**Indemnité contractuelle :** La différence entre le niveau de paiement établi sous une entente contractuelle avec un payeur tiers et les frais bruts du patient.

**Mesures de recouvrement extraordinaires :** Les mesures de recouvrement extraordinaires s'appliquent lorsque l'établissement hospitalier influe sur un rapport de crédit ou entame des procédures légales telles que les privilèges, les saisies immobilières, les saisies de compte bancaire ou de biens personnel, la saisie de salaire et/ou l'arrestation. Les mesures de recouvrement extraordinaires n'incluent pas : Appel de patients pour soldes non utilisés, envoi de relevés, dépôt de réclamation aux termes de la loi sur la faillite.

**Soins d'urgence :** le patient a besoin d'une intervention médicale immédiate en raison d'une maladie grave pouvant lui coûter la vie ou lui causer un handicap. En général, le patient est examiné et/ou admis par la salle d'urgence. Consultez l'article 1867 de la loi de la sécurité sociale (42 U.S.C. 1395dd).

**Aide financière :** l'aide financière est définie comme des services médicaux fournis sans frais à des patients qui ne sont pas assurés ou sont sous-assurés et incapables de payer sur la base du niveau de revenu (conformément au seuil de pauvreté fédéral établi par les services humains et du département de la santé), de l'analyse financière, des indicateurs démographiques et/ou d'autres besoins de soins de santé établis sur diagnostic. L'aide financière ne comprend pas : les indemnités contractuelles des programmes gouvernementaux et des indemnités contractuelles de l'assurance.

**Famille :** selon la définition du bureau de recensement, un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont reliés par naissance, mariage ou adoption.

**Revenu familial :** en utilisant les directives du bureau de recensement, ce qui suit est utilisé lors du calcul du revenu familial :

- Comprend les gains, les prestations de chômage, les rémunérations de travailleur, la sécurité sociale, le revenu de sécurité supplémentaire, l'assistance publique, les paiements des vétérans, les prestations des survivants, la pension ou le revenu de retraite, les intérêts, les loyers, les droits d'auteur, les revenus de biens immobiliers, les fiducies, l'assistance dans le domaine de l'éducation, la pension alimentaire, la pension alimentaire pour enfants, l'assistance de l'extérieur du ménage, et d'autres diverses sources ;
- Déterminés avant déduction d'impôt ;
- Comprend le revenu de tous les membres de la famille qui résident ensemble et les personnes à charge mentionnées dans la déclaration de revenu. (Les non parentes, comme les colocataires, ne comptent pas)
- Pour les personnes à charge qui vivent à l'extérieur du foyer, le revenu familial inclura le revenu des personnes à charge ainsi que le revenu de ceux qui rajoutent ces personnes à charge dans leur déclaration de revenu.
- Le revenu familial comprend également des ressources ou des biens facilement convertibles en espèce, y compris mais sans s'y limiter les comptes chèques, les comptes d'épargne, les actions, les obligations, les certificats de dépôts et l'argent en espèce. IRA et 401K sont exclus jusqu'à ce que l'argent soit retiré.

**Seuil de pauvreté fédéral :** une simplification des seuils de pauvreté du bureau de recensement utilisée à des fins administratives telles que déterminer l'admissibilité financière. Chaque année le département de la Santé et des services humains publie les directives du registre fédéral.

**Frais bruts :** les frais totaux aux prix totalement établis par l'hôpital pour les services de soins offerts au patient avant l'application des déductions.

**Soins médicaux nécessaires :** Traitement médical adéquat et nécessaire pour les symptômes, comme défini par Medicare et les contribuables tiers.

**Aide Financière Forfaitaire** L'aide est accordée sur la base d'un système de points ou d'autres sources de données qui fournissent une preuve suffisante d'admissibilité. Un dossier financier n'est pas requis pour l'approbation d'une aide financière forfaitaire.

**Patient non assuré :** Une personne recevant des services de soins de santé et qui ne dispose pas d'assurance maladie et qui n'est pas admissible aux programmes d'État et fédéraux.

**Patient sous-assuré :** Une personne recevant des services de soins de santé qui dispose d'une assurance maladie privée, mais qui ne couvre pas certains soins. Des patients avec une assurance commerciale qui ne sont pas en général admissibles aux annulations avec l'aide financière vu le régime de santé et les exigences légales exigeant la facturation des patients le plein coût des services fournis. Cependant, si la couverture de la partie tierce n'offre pas de prestation pour les services de soins en raison des exclusions du régime de santé, d'un état de santé antérieur, d'une période d'attente avant l'admissibilité, ou d'épuisement de prestations, le patient peut être considéré comme non assuré et admissible à un ajustement de l'aide financière pour les services non couverts. Ceci ne s'applique pas lorsque la couverture de la partie tierce ne couvre pas un établissement hospitalier pour les services qui seraient autrement autorisés dans le réseau payeur des fournisseurs.

**PIÈCES JOINTES :** **Annexe A – Liste des sites Web d'hôpitaux et les numéros de contact**  
**Annexe B – Aide financière forfaitaire**  
**Annexe C – Dépôts standards**

**ANNEXE A – Liste des sites Web d’hôpitaux, adresses physiques, et les numéros de contact**

Hôpital	Site Web	Lieu du département d’admission	Numéro de téléphone
Our Lady of the Lake	<a href="http://www.ololrmc.com/financialassistance">www.ololrmc.com/financialassistance</a>	5000 Hennessy Blvd Baton Rouge, LA 70808	(225)765-7921 (800)327-3284
Hôpital St. Elizabeth	<a href="http://www.steh.com/financialassistance">www.steh.com/financialassistance</a>	1125 W Hwy 30 Gonzales, LA 70737	(225)647-5000
Centre médical St. Francis	<a href="http://www.stfran.com/financialassistance">www.stfran.com/financialassistance</a>	309 Jackson Street Monroe, LA 71201	(318)966-4000
Our Lady of Lourdes	<a href="http://www.lourdesrmc.com/financialassistance">www.lourdesrmc.com/financialassistance</a>	4809 Ambassador Caffery Lafayette, LA 70508	(337)470-2000
Hôpital Our Lady of the Angels	<a href="http://www.oloah.org/financialassistance">www.oloah.org/financialassistance</a>	433 Plaza Street Bogalusa, LA 70427	(985)730-6700
Hôpital communautaire de l’Assomption	<a href="http://www.ololrmc.com/financialassistance">www.ololrmc.com/financialassistance</a>	135 Highway 402 Napoleonville, LA 70390	(985)369-3600

REMARQUE : Veuillez ne pas utiliser les adresses ci-dessus pour soumettre les demandes d’aide financière. La bonne adresse se trouve sur le formulaire de demande.

Les informations obtenues de sources autres que le patient peuvent être utilisées pour déterminer l'admissibilité forfaitaire. Ces informations comprennent la preuve que le patient participe à un ou plus de ce qui suit :

1. Programmes de prescription financés par l'État ;
2. LACHIP, hébergement subventionné, déjeuner en milieu scolaire gratuit ou à prix réduit, etc. pour les enfants du patient/garant ;
3. Programme des bons alimentaires de la Louisiane ;
4. Programme Medicaid d'État. Pour les patients qui ont une couverture de Medicaid, la détermination de l'aide financière reposera sur les renseignements provenant du programme de Medicaid, notamment la preuve que :
  - Le patient est actuellement sur le Medicaid, mais il a un solde antérieur dans les 12 mois de la date d'approbation
  - Le patient dispose actuellement de Medicaid avec avantages limités (couvre uniquement la planification familiale)
  - Le patient est dans un hospice a uniquement Medicaid
  - Le patient a Medicaid par un État non conventionné
  - Le patient ouvre droit au Medicaid avec « Exigence de dépense »
  - Le patient est admissible à d'autres programmes d'aide locaux et d'État qui ne sont pas financés (exemple : Medicaid dépense)
  - Le patient est décédé sans partie responsable ni propriété. Des efforts de diligence due pour vérifier les biens à documenter via le site Web approuvé par l'hôpital.

De plus, un patient peut être présumé admissible à l'aide financière s'il y a une attestation indépendante prouvant qu'il est sans domicile fixe.

**ANNEXE C – Dépôts standards**

Hôpital	Dépôt standard de chirurgie	Dépôt standard de radiologie	Dépôt standard pour tous les autres services
Our Lady of the Lake	200 \$	10 \$	10 \$
St. Elizabeth	200 \$	10 \$	10 \$
Centre médical St. Francis	200 \$	25 \$	25 \$
Our Lady of Lourdes	200 \$	25 \$	25 \$
Hôpital Our Lady of the Angels	200 \$	25 \$	25 \$
Hôpital communautaire de l'Assomption	s.o.	10 \$	10 \$