



Manuel administratif :

Numéro de police : AP123	Date de création : Non définie
Propriétaire du document : Kelsie Davis (secrétaire du conseil d'administration/adjointe exécutive du PDG)	Date d'approbation : 19/12/2024
Approbateurs : Conseil d'administration (Administration), Malinda Tupper (Directrice financière)	
Programme d'aide financière Programmes de charité complète et de rabais partiel	

Les copies imprimées sont fournies à titre indicatif uniquement. Veuillez vous référer à la copie électronique pour obtenir la version la plus récente.

I. Objet : Le district de soins de santé de Kaweah Delta (Kaweah Health) dessert toutes les personnes dans ses limites et dans la région environnante. En tant que fournisseur d'hôpitaux régionaux, Kaweah Health s'engage à fournir des services de santé de haute qualité, axés sur le client et financièrement solides qui répondent aux besoins de ceux que nous servons. Offrir aux patients des possibilités d'aide financière pour les services de santé est donc un élément essentiel de l'accomplissement de la mission de Kaweah Health. Kaweah Health s'engage à donner accès aux programmes d'aide financière lorsque les patients ne sont pas assurés, sous-assurés ou peuvent avoir besoin d'aide pour payer leur facture d'hôpital. Ces programmes comprennent les programmes de couverture parrainés par le gouvernement, les soins de bienfaisance et les soins de bienfaisance partiels tels que définis ici. Cette politique définit le programme d'aide financière de Kaweah Health, ses critères, ses systèmes et ses méthodes.

Kaweah Health, comme tous les hôpitaux de soins intensifs de Californie, doit se conformer aux sections 127400 et suivantes du Code de la santé et de la sécurité, y compris les exigences relatives aux politiques écrites prévoyant des soins de bienfaisance aux patients financièrement qualifiés. Kaweah Health gère un hôpital à but non lucratif et, par conséquent, Kaweah Health doit également se conformer à 26 USC § 501(r) et à ses règlements d'application, 26 CFR § 1.501(r), et suivants, y compris les exigences relatives aux pratiques de facturation et de recouvrement pour les patients financièrement qualifiés. Cette politique vise à répondre à ces obligations légales et prévoit des soins de bienfaisance aux patients qui sont financièrement qualifiés selon les termes et conditions du programme d'aide financière de Kaweah Health.

Kaweah Health affirme et maintient son engagement à servir la communauté d'une manière cohérente avec la philosophie du conseil d'administration. Cette philosophie met l'accent sur la fourniture de services de soins de santé optimaux pour aider toutes les personnes, quels que soient leur âge, leur sexe, leur race, leurs croyances, leur handicap, leur origine nationale, leur orientation sexuelle, leur identité de genre ou leur situation financière. Ces convictions ont conduit Kaweah Health à élaborer une politique de fourniture de soins de bienfaisance aux moins fortunés.

II. Définitions :

UN. Soins de charité Les soins de santé sont définis comme des services de soins de santé fournis gratuitement aux patients qui n'ont pas ou ne peuvent pas obtenir de ressources financières adéquates ou d'autres moyens pour payer ces soins et qui sont admissibles à des soins gratuits en vertu des directives d'éligibilité spécifiées dans cette politique. Les soins de bienfaisance sont en contraste avec les créances irrécouvrables, qui sont définies comme des frais irrécouvrables que Kaweah Health a enregistrés comme revenus mais radiés en raison des actions d'un patient ou d'un garant, bien qu'il dispose des ressources financières requises pour payer les services de soins de santé, qui démontrent une réticence à se conformer à l'obligation de régler un compte.

B. Soins de bienfaisance partiels se définit comme des services de soins de santé fournis à un tarif réduit aux patients qui ne disposent pas de ressources financières suffisantes ou d'autres moyens pour payer ces soins et qui sont admissibles à un paiement réduit en vertu des lignes directrices d'éligibilité spécifiées dans la présente politique.

C. Taux de soins communautaires désigne le montant que Kaweah Health recevrait pour les services fournis dans le cadre de son contrat avec Blue Cross.

D. Frais de subsistance essentiels ¹désigne, aux fins de la présente politique, les dépenses pour tous les éléments suivants, selon la situation particulière du patient : le loyer ou le paiement et l'entretien du logement, la nourriture et les produits ménagers, les services publics et le téléphone, les vêtements, les frais médicaux et dentaires, les assurances, l'école ou la garde d'enfants, la pension alimentaire pour enfants ou pour conjoint, les frais de transport et d'automobile, y compris l'assurance, l'essence et les réparations, les versements échelonnés, la lessive et le nettoyage, et d'autres dépenses extraordinaires.

E. Patients financièrement qualifiés sont admissibles à l'aide en vertu de la présente politique pour les soins couverts par la politique, que le patient ait ou non demandé une aide en vertu de la politique² et comprend l'un des éléments suivants :

je) Patients autofinancés ³sont:

-Les patients qui n'ont pas d'assurance responsabilité civile, Medi-Cal ou Medicare, et qui n'ont pas de blessure indemnisable aux fins d'indemnisation des accidents du travail, d'assurance automobile ou d'une autre assurance telle que déterminée et documentée par Kaweah Health.

¹Code de la santé et de la sécurité de la Californie, § 127400(i)

²26 CFR §§ 1-501(r)-1(b)(15)

³Code de la santé et de la sécurité de la Californie, § 127400(f)

ii) Patients sous-assurés inclure:

- Patients ayant des frais médicaux élevés et disposant d'une assurance ou d'une couverture santé, mais qui ont un solde restant à payer qu'ils ne sont pas en mesure de payer. Le solde restant à payer comprend les frais à la charge du patient, les franchises et la coassurance qui constituent des frais médicaux élevés tels que définis ci-dessous.
- Les patients éligibles à Medi-Cal, Medicare, California Children's Services et à tout autre programme d'État ou local applicable aux personnes à faible revenu qui ne reçoivent pas de couverture ou de paiement pour tous les services ou pour la totalité du séjour.
- Patients bénéficiant d'une assurance responsabilité civile dont les prestations d'assurance ont été épuisées avant l'admission ou dont l'assurance a refusé des séjours, des journées de soins ou le paiement de services médicalement nécessaires.

iii) Patients ayant des frais médicaux élevés sont des patients :

- Dont le revenu familial est égal ou inférieur à 400 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté;
- Qui ne sont pas admissibles à des soins de charité complets en vertu de la présente police ;
- Qui ont des frais médicaux élevés tels que définis ci-dessous.

F. Des coûts médicaux élevés sont définis comme des frais médicaux annuels engagés à Kaweah Health qui ne sont pas remboursés par une assurance ou un programme de couverture santé, comme les co-paiements Medicare ou le partage des coûts Medi-Cal. Les frais médicaux élevés engagés par le patient qui dépassent 10 pour cent du revenu familial du patient au cours des 12 mois précédents, ou les frais médicaux annuels engagés au cours des douze (12) mois précédents qui dépassent 10 % du revenu familial du patient.

G. Famille du patient est défini comme suit :

1. Pour les personnes âgées de 18 ans et plus, la famille du patient comprend le conjoint du patient, le partenaire, les enfants à charge de moins de 21 ans, qu'ils vivent à la maison ou non, et les enfants à charge de tout âge, si le ou les enfants sont handicapés.
2. Pour les patients de moins de 18 ans ou les patients âgés de 18 à 20 ans et qui sont un enfant à charge, la famille comprend le parent du patient, les proches qui s'en occupent, les autres enfants de moins de 21 ans

«Code de la santé et de la sécurité de la Californie, § 127400(g)

«Code de la santé et de la sécurité de la Californie, § 127400(g)(1) et (2)

«Code de la santé et de la sécurité de la Californie, § 127400(h)

le parent ou le proche aidant, les enfants à charge des parents ou du proche aidant du patient si ces enfants sont handicapés.

III. Politique et procédures :

Kaweah Health reconnaît que le besoin de charité est une question sensible et profondément personnelle pour les bénéficiaires. La confidentialité des informations et la dignité individuelle seront préservées pour tous ceux qui recherchent des services caritatifs. La formation du personnel et la sélection du personnel qui mettra en œuvre ces politiques et procédures sont guidées par ces valeurs. La fourniture de soins caritatifs (assistance financière) aux familles à faible revenu ainsi que d'autres services d'intérêt communautaire est une preuve importante de l'accomplissement de la mission de Kaweah Health. Il est impératif que la détermination, le reporting et le suivi des soins caritatifs soient en harmonie avec notre mission à but non lucratif et notre obligation communautaire et en conformité avec le projet de loi n° 774 de l'Assemblée, le projet de loi 1020 de l'Assemblée, les politiques de tarification équitable des hôpitaux et le projet de loi 1276 du Sénat (chapitre 758, statuts ou 2014) et les lois et réglementations applicables de l'IRS.

Les soins de bienfaisance ne seront pas limités en fonction de l'âge, du sexe, de la race, de la croyance, du handicap, de l'origine nationale, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre ou de la situation financière.⁷ Les services de soins de santé médicalement nécessaires, en milieu hospitalier ou ambulatoire, seront accessibles à tous les individus en vertu de cette politique. La confidentialité des informations et la dignité individuelle seront préservées pour tous ceux qui recherchent des services caritatifs. Le traitement des informations médicales personnelles répondra à toutes les exigences de la loi HIPAA.

Les soins de bienfaisance seront basés sur le revenu et la taille de la famille tels que définis par les directives fédérales sur le revenu de pauvreté et les échelles mobiles ci-jointes.⁸ Kaweah Health aidera également activement une personne à rechercher d'autres sources de paiement auprès de tiers. Les personnes ou les familles qui remplissent les conditions requises pour bénéficier de programmes et de services alternatifs au sein de la communauté mais refusent d'en profiter ne seront pas couvertes par cette politique. Ces actions visent à permettre à Kaweah Health de fournir le niveau maximal de services caritatifs nécessaires dans les limites des ressources respectives.

Les soins de charité fournis par cette politique sont disponibles pour les soins médicalement nécessaires.⁹ En règle générale, les actes de bienfaisance ne sont pas admissibles pour les interventions non médicalement nécessaires. Toutefois, dans certains cas, une exception peut être faite. Les exceptions nécessitent l'approbation de l'administration. Les services spécialisés et coûteux (par exemple, les interventions expérimentales, etc.) nécessitant des soins de bienfaisance sont admissibles.

⁷42 USC § 18116; 45 CFR §§ 92.1 *et suiv.*

⁸Code de la santé et de la sécurité de Californie §§ 127405(a)(1)(A), (b).

⁹26 CFR § 1-501(r)-4(b)(1)(i).

également soumis à l'examen de l'administration avant la prestation du service.

UN. Identification du demandeur

Kaweah Health déploie des efforts raisonnables pour déterminer de manière présomptive si un patient est éligible à l'assistance financière en fonction de son éligibilité antérieure à l'assistance financière ou de l'utilisation de données tierces pour identifier les patients financièrement qualifiés. ¹⁰

Tout membre du personnel médical, tout employé, le patient ou sa famille et toute autre partie responsable peuvent demander des soins de bienfaisance à Kaweah Health. Tout membre de l'équipe des services financiers aux patients, tout autre personnel de l'hôpital ou tout défenseur de la communauté peut identifier d'éventuels bénéficiaires de soins de bienfaisance à n'importe quel moment du cycle économique.

B. Comment postuler

Les patients peuvent demander une demande d'assistance en personne au lobby d'Acequia au coin de Floral et Acequia, 305 West Acequia Avenue à Visalia, Californie 93291, par téléphone en appelant les services financiers aux patients au (559) 470-0016 ou au (559) 624-4200 option 5, ou peuvent obtenir une demande sur le site Web de Kaweah Health à l'adresse [kaweahdelta.org/documents/PDFs/FinancialAssistanceApp-\[english\].pdf](http://kaweahdelta.org/documents/PDFs/FinancialAssistanceApp-[english].pdf). Les documents requis pour déterminer l'éligibilité sont inclus dans la demande. Kaweah Health n'exige aucun document non mentionné sur le formulaire de demande.

Le formulaire de demande standardisé de Kaweah Health sera disponible en anglais et en espagnol, ainsi que dans toute autre langue jugée nécessaire par les méthodes décrites dans la section VIII ci-dessous, et sera disponible dans n'importe quelle zone d'inscription ou de comptabilité des patients, ainsi que sur le site Web de Kaweah Health.¹¹ Pour les patients qui parlent une langue autre que l'anglais ou l'espagnol, ou qui ont besoin d'autres aménagements d'accessibilité, Kaweah Health fournira gratuitement des aménagements appropriés, des services d'assistance linguistique et une assistance à la candidature.

C. Soins de bienfaisance complets

Une radiation complète de tous les soldes dus par un patient, que le patient soit assuré, sous-assuré ou qu'il paie lui-même, sera accordée aux patients financièrement qualifiés dont le revenu familial est inférieur à 200 % des directives fédérales les plus récentes sur la pauvreté.

Kaweah Health considère comme éligible aux soins de bienfaisance complets tout patient qui peut fournir la preuve qu'il est éligible ou qu'il bénéficie d'une prestation publique.

¹⁰26 CFR §§ 1-501(r)-1(b)(25); 1-501(r)-6(c)(2).

¹¹26 CFR § 1-501(r)-4(b)(5)(i)(A).

des programmes tels que CalWORKS, CalFresh, SSI/SSP, Medicare Savings Program, WIC ou assistance générale/secours général.

Les patients couverts par Medi-Cal sont éligibles aux déductions pour frais de bienfaisance. Cela inclut les patients qui bénéficient de Medi-Cal avec une part des coûts. Cela inclut également les frais liés aux séjours ou aux journées de soins refusés par Medi-Cal, aux services Medi-Cal médicalement nécessaires non couverts reçus sur un avis de versement Medi-Cal ou lorsque la loi l'exige. Les refus de demande d'autorisation de traitement (TAR) et tout manque de paiement pour des services non couverts fournis aux patients Medi-Cal doivent être classés comme des frais de bienfaisance.

D. Soins de bienfaisance partiels :

Des soins de charité partiels seront accordés aux patients financièrement qualifiés gagnant entre 201 % et 600 % du niveau de pauvreté fédéral sur la base des directives fédérales sur la pauvreté les plus récentes.¹² Pour ces patients, le paiement attendu pour les services sera limité au montant que Kaweah Health aurait reçu de Medicare ou de Medi-Cal, selon le montant le plus élevé, puis ajusté en fonction des pourcentages définis sur les échelles mobiles ci-jointes.

Pour déterminer le montant du paiement dû par un patient assuré, le montant du paiement prévu, défini comme le montant égal au tarif communautaire de Kaweah Health, sera comparé au montant payé par son assurance tierce. Si le montant payé par l'assurance tierce est supérieur au paiement prévu, aucun paiement ne sera demandé au patient. Si le paiement prévu est supérieur au paiement reçu de l'assurance tierce et que le patient a un montant restant à payer, la différence de paiement sera demandée au patient sous réserve d'une détermination de l'éligibilité à l'aide financière.

E. Aide gouvernementale

Kaweah Health fait tous les efforts raisonnables pour déterminer si les soins médicaux seraient entièrement ou partiellement payés par d'autres organismes privés. ou une assurance maladie publique. Une couverture offerte par une assurance maladie privée, Medi-Cal, Medicare, California Children's Services, California Health Benefit Exchange (Covered California) ou d'autres programmes financés par l'État ou le comté et conçus pour fournir une couverture santé sera prise en considération.¹⁴

¹²Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127405(a)(1)(A).

¹³Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127405(d).

¹⁴Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127420(a).

Kaweah Health fournit une demande pour le programme Medi-Cal ou d'autres programmes de couverture santé financés par l'État ou le comté aux patients identifiés comme étant potentiellement éligibles à Medi-Cal ou à toute autre couverture par un tiers. Cette demande est fournie avant la sortie si le patient a été admis ou aux patients recevant des soins d'urgence ou ambulatoires.

15

Si un patient présente une demande ou a une demande en cours ou un appel connexe pour un autre programme de couverture santé, ou pour une couverture dans le cadre de son régime d'assurance maladie au moment où une demande de soins caritatifs ou à prix réduit est soumise, aucune demande ne doit empêcher l'éligibilité à l'autre programme. Kaweah Health conservera toute décision d'éligibilité aux soins caritatifs jusqu'à la décision finale de la demande ou de l'appel du programme de couverture santé, si le patient fait un effort raisonnable pour communiquer avec Kaweah Health au sujet de l'avancement de tout appel en cours.

IV. Critères d'éligibilité :

UN.Directives générales :

1. Kaweah Health détermine l'éligibilité des patients financièrement qualifiés conformément à cette politique et aux lois nationales et fédérales applicables.
2. Kaweah Health ne différera pas, ne refusera pas et n'exigera pas de paiement avant de fournir des soins médicalement nécessaires en raison du non-paiement par une personne d'une ou plusieurs factures pour des soins précédemment fournis et couverts par la politique d'assistance financière de Kaweah Health.
3. Les patients financièrement qualifiés, tels que définis ci-dessus, ou tout patient qui indique l'incapacité financière de payer une facture pour un service médicalement nécessaire sont sélectionnés pour des soins de charité.
4. Les informations obtenues au cours du processus de demande d'aide financière ne peuvent pas être utilisées dans le processus de recouvrement, ni par Kaweah Health, ni par toute agence de recouvrement engagée par Kaweah Health, sauf que ces informations, si elles sont obtenues de manière indépendante, peuvent être utilisées par Kaweah Health ou toute agence de recouvrement engagée par Kaweah Health indépendamment du processus d'éligibilité aux soins de bienfaisance⁷.
5. Le statut ou les réclamations d'un patient concernant l'indemnisation des accidents du travail, l'assurance automobile ou d'autres assurances, y compris les paiements potentiels provenant de litiges en cours ou de privilèges de tiers liés à l'incident de soins, peuvent être pris en considération lors de l'évaluation de l'éligibilité du patient aux soins de charité ou aux paiements de remise.
6. Les médecins urgentistes fournissant des services d'urgence à Kaweah Health sont tenus d'accorder des réductions aux patients financièrement qualifiés dont les revenus familiaux sont égaux ou inférieurs à 400 pour cent du revenu fédéral.

16

¹⁵Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127420(b)(4).

¹⁶26 CFR § 1.501(r)-6(b)(1)(iii).

¹⁷Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127405(e)(3).

Lignes directrices sur la pauvreté. ¹⁸ **À la demande du patient, Kaweah Health**

Il est conseillé aux patients de faire une demande de soins de charité auprès de la société de facturation du médecin dès réception par le patient d'une facture pour les services de cette société de facturation. Cette déclaration ne doit pas être interprétée comme imposant des responsabilités supplémentaires à Kaweah Health.

B. Conditions d'admissibilité

Les facteurs suivants sont utilisés pour déterminer les bénéficiaires financièrement qualifiés et le montant de l'aide caritative accordée.

1. Revenu du patient

Les directives fédérales sur la pauvreté établies par le ministère de la Santé et des Services sociaux seront utilisées pour déterminer les directives et les limites du revenu annuel. ¹⁹

Pour déterminer l'éligibilité du patient à une aide financière, Kaweah Health prend en compte la taille de la famille et le revenu familial du patient. Kaweah Health prend en compte les revenus familiaux annuels et les prestations en espèces de toutes les sources avant impôts, moins les paiements effectués au titre de la pension alimentaire et de la pension alimentaire pour enfants.

Les revenus servant à déterminer l'admissibilité seront basés sur le revenu familial annuel projeté du patient ou sur le niveau de revenu familial actuel du patient au moment de la demande d'aide financière.

²⁰

Le demandeur peut être invité à fournir une vérification de revenu acceptable, telle que des talons de paie récents, des déclarations de revenus ou d'autres ²¹Si éléments de vérification. Si le patient est au chômage ou ne reçoit pas de talons de paie, une déclaration écrite de besoin doit être fournie par le patient ou son représentant attestant de son revenu et de son statut d'emploi dans le cadre de sa demande d'aide financière.

2. Autres sources de paiement pour les services rendus

Le montant approprié des soins de bienfaisance est déterminé en fonction des montants dus après application de toutes les autres sources de paiement. Kaweah Health fournit des demandes pour d'autres sources de paiement, telles que Medi-Cal, si le patient le demande, ou si le patient n'indique pas de couverture par un tiers payeur ou demande un prix réduit ou des soins de bienfaisance.²²

¹⁸Code de la santé et de la sécurité de la Californie, § 127452(a)

¹⁹Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127405(b).

²⁰Code du bien-être et de l'éducation de Californie § 14005.65.

²¹Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127405(e)(1).

²²Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127420(b)(4).

C. Patients sans logement

Les patients sans domicile, sans source de revenu familial et sans adresse postale seront considérés comme admissibles aux soins de bienfaisance. Les soins de bienfaisance doivent également être pris en considération pour les patients des services d'urgence qui ne fournissent pas d'informations adéquates sur leur situation financière. Dans de nombreux cas, ces patients sont sans domicile et disposent de peu de ressources pour couvrir le coût des soins.

D. Circonstances particulières

Des soins de bienfaisance peuvent être accordés dans des circonstances particulières à ceux qui ne seraient pas admissibles à une aide en vertu de cette politique. Kaweah Health documentera les raisons pour lesquelles la décision a été prise et pourquoi le patient ne répondait pas aux critères habituels. Les circonstances particulières peuvent inclure :

- (1) Patients décédés sans succession ni couverture par un tiers.
- (2) Les patients qui sont en faillite ou qui ont récemment fait faillite.
- (3) Dans de rares cas, la situation personnelle d'un patient peut être telle que, même s'il ne répond pas aux critères habituels de soins de bienfaisance de cette politique, il n'a pas la capacité de payer sa facture de Kaweah Health. Dans ces situations, avec l'approbation de la direction (voir sous-section VII, ci-dessous), une partie ou la totalité de leurs frais de soins peuvent être déduits en tant que soins de bienfaisance.

V. Échéanciers

UN. Période d'admissibilité

L'éligibilité aux soins de charité peut être déterminée à tout moment où Kaweah Health reçoit des informations concernant le revenu familial et la situation financière d'un patient.²³ Bien qu'il soit préférable que ces patients soient examinés dès leur admission, ils peuvent être examinés à tout moment, y compris tout au long de tout processus de collecte par un tiers.

Une fois les soins de bienfaisance accordés, les services que le patient reçoit au cours de la période de 6 mois suivant cette approbation resteront également éligibles à ces soins de bienfaisance. Cependant, si au cours de cette période de 6 mois, le revenu familial ou le statut d'assurance du patient change à un point tel que le patient peut ne plus être éligible aux soins gratuits ou à prix réduit, le patient a l'obligation de signaler ces changements à Kaweah Health. Ces services ultérieurs nécessiteraient une nouvelle demande de soins de bienfaisance. Tout patient peut être tenu de présenter une nouvelle demande de soins de bienfaisance après l'expiration de sa période d'éligibilité de 6 mois. Rien ne doit limiter le nombre de fois qu'une personne peut demander des soins de bienfaisance ou des paiements à prix réduit.

B.Délais requis pour déterminer l'admissibilité aux soins de bienfaisance Nous mettons tout en œuvre pour déterminer l'admissibilité d'un patient aux soins de bienfaisance le plus rapidement possible. Bien qu'il soit souhaitable de déterminer le montant des soins de bienfaisance auxquels le patient est admissible le plus près possible du moment de la prestation, il n'y a pas de limite de temps pour faire une demande ou déterminer l'admissibilité. La décision sera reportée tant que l'assurance ou d'autres sources de paiement sont toujours en attente.

Le délai pour prendre une décision sur une demande sera prolongé si le patient a un appel en cours pour la couverture des services, jusqu'à ce qu'une décision finale sur cet appel soit prise.²⁴ Le patient doit faire un effort raisonnable pour communiquer avec Kaweah Health au sujet de l'avancement de tout appel en cours.

Aux fins de la présente section, « appel en instance » comprend l'un des éléments suivants : ²⁵

- (1) Un grief ou un appel contre un régime de santé;
- (2) Un examen médical indépendant;
- (3) Une audience équitable pour un examen de l'admissibilité ou des demandes de Medi-Cal ; ou
- (4) Un appel concernant la couverture Medicare conforme à la loi et aux règlements fédéraux.

Le délai pour prendre une décision sur une demande peut également être prolongé si un patient tente de se qualifier pour une couverture dans le cadre d'une assurance tierce, de Medi-Cal ou de Medicare, ou si le patient a une réclamation en cours concernant l'indemnisation des accidents du travail, l'assurance automobile ou une autre assurance, y compris les paiements potentiels provenant d'un litige en cours ou de privilèges de tiers liés à l'incident de soins.

Dans certains cas, il se peut qu'un patient éligible aux soins de bienfaisance n'ait pas été identifié avant le lancement d'une action de recouvrement externe. En conséquence, Kaweah Health exige que ses agences de recouvrement se conforment pleinement à toutes les lois et réglementations fédérales et étatiques pertinentes, à la présente politique sur les soins de bienfaisance et à la politique de crédit et de recouvrement de Kaweah Health. Cela²⁶ permettra à l'agence de signaler les montants qu'elle a jugés irrécouvrables en raison de l'incapacité de payer conformément aux directives d'éligibilité aux soins de bienfaisance de Kaweah Health.

VI. Plans de paiement avec remise partielle pour soins de bienfaisance

Kaweah Health mettra à disposition des plans de paiement raisonnables et sans intérêt pour les patients éligibles aux soins de charité partiels en vertu de cette politique.²⁷

²⁴Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127426(a).

²⁵Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127426(c).

²⁶Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127425(b).

²⁷Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127425(i).

Le plan sera négocié individuellement entre le patient et Kaweah Health sur la base des tarifs décrits dans la section III.D. (« Soins de charité partiels ») ci-dessus.²⁸ Un plan de paiement raisonnable signifie que les paiements mensuels ne peuvent pas dépasser plus de dix pour cent du revenu familial d'un patient pendant un mois après déduction des frais de subsistance essentiels, tels que définis dans la section II ci-dessus.²⁹

Dans le cas où un patient financièrement qualifié dispose toujours d'un solde restant après que le paiement a été reçu de tiers payeurs et qu'une demande d'aide financière a été traitée, le paiement attendu pour les services sera basé sur les barèmes mobiles ci-joints.

Tout patient qui demande un plan de paiement pour un solde impayé et qui n'a pas déjà demandé d'aide sera informé de la disponibilité de l'aide financière et examiné pour déterminer son admissibilité en vertu de cette politique.

Si un patient ne parvient pas à effectuer ses paiements réguliers, Kaweah Health fait des efforts raisonnables pour contacter le patient par téléphone et par écrit, en l'avertissant que le plan de paiement prolongé peut devenir inopérant. Toute tentative de renégociation du plan de paiement sera effectuée à la demande du patient ou de son garant. Kaweah Health n'entame ses efforts de recouvrement qu'après l'échec des efforts raisonnables pour contacter le patient et après 90 jours de non-paiement. Kaweah Health ne signale pas d'informations défavorables à un bureau d'évaluation du crédit tant que le plan de paiement prolongé n'a pas été déclaré inopérant.

VII. Processus de financement des patients

E. Qui peut accorder l'éligibilité aux soins de bienfaisance

Kaweah Health met à disposition du personnel formé pour examiner les demandes d'aide financière afin de s'assurer qu'elles sont complètes et exactes. L'examen des demandes est effectué le plus rapidement possible compte tenu du besoin du patient d'obtenir une réponse rapide.

Une décision d'aide financière sera prise uniquement par le personnel agréé de Kaweah Health conformément aux niveaux d'autorité suivants :

- Spécialiste de comptes, Services financiers aux patients : Comptes de moins de 5 000 \$
- Superviseur, Services financiers aux patients : Comptes de moins de 25 000 \$
- Gestionnaire, Services financiers aux patients : Comptes de moins de 50 000 \$

²⁸Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127405(b).

²⁹Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127400(i).

³⁰Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127425(i).

- Directeur des services financiers des brevets : comptes de moins de 100 000 \$
- Directeur financier : Comptes supérieurs à 100 000 \$

B. Révision de la décision

Une fois la décision prise, une lettre de notification sera envoyée à chaque demandeur pour l'informer de la décision de Kaweah Health.

En cas de litige avant une détermination d'éligibilité, un patient peut demander un examen auprès du superviseur de la comptabilité des patients, du gestionnaire du cycle de revenus ou du directeur du cycle de revenus. ³¹

Si la demande d'assistance d'un patient est refusée, le patient a le droit de faire appel et de réexaminer cette décision. Un patient peut demander un nouvel examen en contactant le service de comptabilité des patients. Le patient doit joindre à l'appel une explication du litige et les motifs du réexamen. Le patient doit également joindre tout document pertinent supplémentaire à l'appui de son appel.

Le processus de révision doit comprendre les niveaux de gestion suivants :

1. Premier niveau : Responsable du cycle de revenus
2. Deuxième niveau : Directeur du cycle des revenus

C. Collections externes

Les factures ne seront pas envoyées à une agence de recouvrement si le patient est en train de demander des soins de charité ou un paiement à prix réduit. Si le patient ne se conforme pas aux demandes d'informations ou refuse de fournir des informations à Kaweah Health, le compte peut être envoyé en recouvrement au plus tôt 180 jours après la facturation initiale. Avant d'envoyer le compte en recouvrement, un avis doit être fourni au patient comme spécifié dans la politique de crédit et de recouvrement de Kaweah Health.

Kaweah Health n'enverra les comptes des patients à une agence de recouvrement que lorsque celle-ci accepte de respecter toutes les lois nationales et fédérales relatives au recouvrement équitable des créances, ainsi qu'à celles relatives aux soins de bienfaisance et à prix réduit.³² Cela comprend la politique d'assistance financière de Kaweah Health, la politique de crédit et de recouvrement de Kaweah Health, la loi sur la tarification équitable des hôpitaux de Californie, la loi Rosenthal sur les pratiques équitables de recouvrement de créances, la loi fédérale sur les pratiques équitables de recouvrement de créances et les réglementations fiscales 26 CFR §§ 1.501®-1 et suivants.

Un compte qui a été placé auprès d'une agence de recouvrement externe peut être considéré comme un compte de bienfaisance à tout moment, conformément à Kaweah

³¹Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127405(a)(1)(A).

³²26 CFR § 1-501(r)-6(c)(10).

Politique de soins caritatifs de Kaweah Health. Lorsque, au cours du processus de recouvrement, un patient affirme qu'il n'a pas les moyens de payer la dette, n'a pas effectué les paiements prolongés convenus précédemment ou est identifié par l'agence de recouvrement comme répondant aux critères d'éligibilité aux soins caritatifs de Kaweah Health, l'agence de recouvrement transmettra le compte à Kaweah Health pour vérifier l'éligibilité aux soins caritatifs. Kaweah Health déploiera des efforts raisonnables pour recueillir les informations d'éligibilité auprès du patient. Si, après ces efforts raisonnables, le patient ne fournit pas ou refuse de fournir les informations requises, le compte sera renvoyé à l'agence de recouvrement.

Si un patient est approuvé pour une aide financière en vertu de cette politique, Kaweah Health et toute agence de recouvrement agissant en son nom évalueront la situation financière du patient au cours des 8 derniers mois pour déterminer son admissibilité aux soins caritatifs. Kaweah Health remboursera aux patients financièrement qualifiés le montant effectivement payé, le cas échéant, en sus du montant dû pour la dette liée aux soins reçus de Kaweah Health. Tous les paiements effectués au cours des 8 mois précédents, lorsque le patient aurait été financièrement admissible à des soins caritatifs complets, seront considérés comme des paiements « en sus du montant dû » et seront remboursés. Si le patient est admissible à des soins caritatifs partiels, tout solde impayé que le patient doit sera réduit conformément aux conditions de l'échelle mobile des soins caritatifs partiels. Tous les paiements effectués par le patient alors qu'il était admissible à des soins caritatifs partiels seront réévalués en utilisant le même montant de l'échelle mobile ; tout montant payé par le patient en sus du montant des soins caritatifs partiels dû au cours de ce mois sera remboursé. Les paiements effectués pour une dette liée aux soins reçus de Kaweah Health à un moment où le patient n'était pas admissible à l'aide financière ne seront pas remboursés.

Kaweah Health et toute agence de recouvrement agissant en son nom prendront toutes les mesures raisonnablement disponibles pour annuler toute action de recouvrement extraordinaire prise contre la personne pour une dette qui a été 1) contractée pour des soins reçus de Kaweah Health au cours des 8 mois précédents ; et 2) contractée à tout moment où le patient était admissible à une aide financière en vertu de cette politique. Ces mesures raisonnablement disponibles comprennent, sans s'y limiter, l'annulation de tout jugement, la levée de toute saisie ou de tout privilège sur les biens du patient et la suppression de toute information défavorable signalée à une agence d'évaluation du crédit à la consommation du rapport de solvabilité de la personne.

Pour plus d'informations sur les politiques et pratiques de recouvrement internes et externes de Kaweah Health, y compris des informations sur les mesures qui peuvent être prises pour obtenir le paiement avant et après le renvoi aux recouvrements externes, quand et sous l'autorité de qui la dette du patient est avancée

pour le recouvrement, les politiques et les pratiques de recouvrement des créances, les délais de déclaration des créances aux agences d'évaluation du crédit à la consommation et les droits et responsabilités des patients, de Kaweah Health et des agences de recouvrement externes retenues par Kaweah Health, consultez la politique de crédit et de recouvrement de Kaweah Health.

D.Tenue de registres

Kaweah Health conserve pendant 10 ans les dossiers relatifs aux patients potentiels bénéficiant de soins caritatifs qui sont facilement accessibles.

E.Application de la politique

Cette politique s'applique uniquement aux frais ou services fournis par Kaweah Health et inclus dans une facture de Kaweah Health pour ces services. Les soins de charité et les options de paiement à prix réduit peuvent ou non être disponibles auprès de groupes de médecins non salariés. À la demande du patient, Kaweah Health conseillera aux patients de demander des soins de charité à la société de facturation du médecin dès réception par le patient d'une facture pour les services de cette société de facturation.

VIII. Avis public et affichage

Kaweah Health diffuse largement cette politique d'une manière raisonnablement calculée pour atteindre, notifier et informer les patients de nos communautés les plus susceptibles d'avoir besoin d'une aide financière.

Kaweah Health accueille toutes les populations importantes qui ont une maîtrise limitée de l'anglais (LEP)³⁴en traduisant cette politique, le formulaire de demande et le résumé en langage clair³⁵de cette politique dans la ou les langues principales parlées par chaque groupe linguistique LEP qui constitue le moindre de 1 000 personnes ou de cinq pour cent de la communauté desservie par Kaweah Health, ou de la population susceptible d'être affectée ou rencontrée par Kaweah Health. Kaweah Health fera des efforts supplémentaires pour faire connaître cette politique dans des langues autres que l'anglais, selon le cas et conformément aux exigences de la loi.

L'avis public de la disponibilité de l'aide par le biais de la présente politique doit être fait par les moyens suivants :

Disponibilité de la politique et application

1. Kaweah Health élabore cette politique, les demandes d'assistance et le résumé en langage clair de cette politique, ainsi que d'autres

³³26 CFR §§ 1-501(r)-4(b)(5) - (b)(6).

³⁴26 CFR § 1-501(r)-4(b)(5)(i)(D)(3)(ii).

³⁵26 CFR § 1-501(r)-1(b)(24).

³⁶Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127410(a).

informations sur la disponibilité de l'aide financière, largement disponibles sur le site Web de Kaweah Health.

2. Kaweah Health met à disposition des copies papier de cette politique, de la demande d'assistance en vertu de cette politique et du résumé en langage clair de la politique, sur demande et sans frais, par courrier et dans des lieux publics de l'établissement hospitalier, y compris, au minimum, au service des urgences, dans les zones d'admission et au service de facturation.

Avis publiés ³⁷

1. Kaweah Health affiche des avis de manière visible dans les endroits où le volume d'admissions/d'inscriptions de patients hospitalisés ou ambulatoires est élevé, comme le service des urgences, le bureau de facturation, le bureau d'admission et les services ambulatoires des hôpitaux.

2. Les avis affichés sont rédigés en anglais et en espagnol et conformes à toutes les lois et réglementations fédérales et étatiques applicables.

3. Les avis affichés contiennent les informations suivantes :

- a. Une déclaration en langage clair indiquant que Kaweah Health a une politique d'assistance financière pour les patients à faible revenu non assurés ou sous-assurés qui pourraient ne pas être en mesure de payer leur facture et que cette politique prévoit une annulation totale ou partielle des soins de bienfaisance ou un plan de paiement à prix réduit.
- b. Un numéro de téléphone de contact de Kaweah Health que le patient peut appeler pour obtenir plus d'informations sur la politique et sur la manière de demander de l'aide.
- c. L'adresse Internet de la Health Consumer Alliance (<https://healthconsumer.org>) et une déclaration indiquant qu'il existe des organisations qui aideront le patient à comprendre le processus de facturation et de facturation.
- d. Une déclaration expliquant que pour les patients qui parlent une langue autre que l'anglais ou l'espagnol ou qui ont d'autres besoins en matière d'accessibilité, Kaweah Health fournira des services d'assistance linguistique et des aménagements d'accessibilité gratuitement.

4. Kaweah Health met en place des affichages publics visibles³⁸(ou d'autres mesures raisonnablement calculées pour attirer l'attention des patients) qui notifient et informent les patients de la politique dans les lieux publics des établissements de santé de Kaweah, y compris, au minimum, le service des urgences, les zones d'admission, le bureau de facturation et d'autres services ambulatoires.

³⁷Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127410(b).

³⁸26 CFR § 1-501(r)-4(b)(5)(i)(D)(3).

Avis écrits ³⁹

1. Kaweah Health fournit tous les avis écrits dans la langue parlée par le patient, comme l'exigent les lois nationales et fédérales applicables.

2. À l'admission ou à la sortie, Kaweah Health fournit à chaque patient un résumé écrit en langage clair de la politique d'aide financière de Kaweah Health qui contient des informations sur la disponibilité de la politique de soins de bienfaisance de Kaweah Health, les critères d'éligibilité et les coordonnées d'un employé ou d'un bureau de Kaweah Health où le patient peut faire une demande ou obtenir de plus amples informations sur la politique. Si un patient n'est pas admis, l'avis écrit sera fourni lorsque le patient quittera l'établissement. Si le patient quitte l'établissement sans avoir reçu l'avis écrit, Kaweah Health enverra l'avis au patient dans les 72 heures suivant la prestation des services. ⁴⁰

3. Kaweah Health inclut un avis écrit bien visible sur tous les relevés de facturation qui informe les patients de la disponibilité de l'aide financière en vertu de cette politique et comprend le numéro de téléphone du bureau ou du service qui peut fournir des informations sur la politique et le processus de demande, ainsi que l'adresse directe du site Web (ou URL)⁴¹ où des copies de cette politique, du formulaire de demande et du résumé en langage clair de cette politique peuvent être obtenus. ⁴²

4. Avec chaque relevé de facturation envoyé aux patients non assurés, Kaweah Health fournit un avis clair et visible qui contient tous les éléments suivants :

⁴³

- a. Un relevé des frais pour les services rendus par Kaweah Health.
- b. Une demande au patient d'informer Kaweah Health s'il bénéficie d'une couverture d'assurance maladie, de Medicare, de Medi-Cal ou d'une autre couverture.
- c. Une déclaration indiquant que, si le patient n'a pas de couverture d'assurance maladie, il peut être éligible à Medicare, au Healthy Families Program, à Medi-Cal, à la couverture offerte par le California Health Benefit Exchange, au programme California Children's Services, à une autre couverture maladie financée par l'État ou le comté, ou à des soins de charité.
- d. Une déclaration indiquant comment les patients peuvent obtenir des demandes pour les programmes identifiés au paragraphe (c) ci-dessus.
- e. Une orientation vers un centre local d'aide aux consommateurs hébergé dans les bureaux des services juridiques. ⁴⁴
- f. Renseignements concernant les demandes d'aide au titre de la présente politique, notamment les suivants :

³⁹Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127410(a).

⁴⁰26 CFR § 1-501(r)-4(b)(5)(i)(D)(1), Code de la santé et de la sécurité de Californie § 127410(b)

⁴¹26 CFR § 1-501(r)-4(b)(5).

⁴²26 CFR § 1-501(r)-4(b)(5)(i)(D)(2).

⁴³26 CFR § 1-501(r)-4(b)(5)(i)(D)(2).

⁴⁴Code de santé et de sécurité de Californie § 127420(b)(4).

- i. Une déclaration indiquant que si le patient n'a pas d'assurance ou qu'il a une assurance inadéquate et répond à certaines exigences de revenu faible ou modéré, il peut avoir droit à un paiement réduit ou à des soins de charité.
- ii. Le nom et le numéro de téléphone d'un employé de l'hôpital ou d'un bureau auprès duquel le patient peut obtenir des renseignements sur les politiques de l'hôpital en matière de paiement à prix réduit et de soins de bienfaisance, et sur la manière de demander cette aide.⁴⁵

⁴⁵Code de santé et de sécurité de Californie § 127420(b)(5).