



Aide financière

Numéro de la politique et de la procédure	24817
Manuel des politiques	Administration
Type	Politique et procédure
Auteur du document	Silva, Natalie
Date d'entrée en vigueur	2016-10-21
Date du dernier examen	2016-10-21
Cadre d'application (établissement concerné)	Établissements de soins intensifs CMC
Approuvé par/Date d'approbation	Services juridiques de CMC (A) : 2016-12-08 11 h 31 (HNP) Joe Nowicki, Premier vice-président et directeur financier : 2016-08-24 8 h 39 (HNP) Patrick Rafferty, Chef d'exploitation d'entreprise : 2016-08-29 13 h 38 (HNP) Tim Joslin, PDG : 2016-08-30 9 h 55 (HNP) Finance et planification (A) : 2016-10-21 10 h 14 (HNP)
Statut/Rév. n°	Officiel (Rév. 0)
Présentation de	Earnhart, Michele

I. OBJECTIF

- A. Définir les types d'aide financière offerts aux patients.
- B. Décrire les critères d'admissibilité pour chaque type d'aide financière.
- C. Établir la procédure par laquelle les patients doivent faire leur demande d'aide financière
- D. Établir la procédure par laquelle l'hôpital examinera les dossiers de demande d'aide financière.
- E. Prévoir des moyens de révision en cas de litige concernant la décision d'octroyer une aide financière.
- F. Prévoir des directives administratives et comptables pour aider à déterminer, classer et rédiger les rapports de l'aide financière.
- G. Établir la procédure par laquelle les patients doivent faire leur demande d'estimation des frais des prestations médicales restant à leur charge et la procédure par laquelle l'hôpital fournit cette estimation aux patients.

II. DÉFINITIONS

- A. **Aide financière** : le terme « aide financière » désigne l'aide pour les soins complets caritatifs, les soins partiels caritatifs, les soins onéreux caritatifs et les soins caritatifs accordés dans des cas particuliers. Cette politique énonce les directives prévoyant les circonstances d'octroi d'aide financière aux patients.
- B. **Patients non assurés** : un patient non assuré est un patient n'étant pas en mesure de régler sa participation financière médicale, notamment, mais sans s'y limiter, un patient n'ayant aucune assurance commerciale ou autre, ne possédant aucune assurance maladie financée par l'État ou assurance responsabilité civile ou ayant épuisé ses prestations d'assurance maladie avant l'admission.
- C. **Patients assurés** : un patient assuré est un patient bénéficiant de l'aide d'un tiers pour le paiement d'une partie de ses frais médicaux.
- D. **Prestations couvertes** : les prestations couvrent les soins complets caritatifs, les soins partiels caritatifs, les soins onéreux caritatifs, les soins caritatifs accordés dans des cas

- particuliers et autres soins médicaux nécessaires; ces prestations sont assurées par les Community Medical Centers (CMC). Les produits et services liés aux traitements médicaux de nature esthétique, élective ou expérimentale ne sont pas admissibles à l'aide financière dans le cadre de cette politique.
- E. **Soins complets caritatifs** : les soins complets caritatifs sont entièrement gratuits. Il s'agit d'une annulation complète des frais réduits réclamés au patient pour les prestations couvertes. Les soins complets caritatifs sont accessibles aux patients :
1. Ayant un revenu familial inférieur ou équivalent à 350 % du dernier seuil de pauvreté à l'échelon fédéral (« Federal Poverty Level [FPL] »); et
 2. non assurés, tel qu'il est défini ci-dessus.
- F. **Soins partiels caritatifs** : les soins partiels caritatifs sont partiellement gratuits. Il s'agit d'une annulation partielle des frais réduits du CMC réclamés aux patients pour les prestations couvertes. Les soins partiels caritatifs sont accessibles aux patients :
1. Ayant un revenu familial se situant entre 351 et 400 % du seuil de pauvreté à l'échelon fédéral.
 2. Non assurés, tel qu'il est défini ci-dessus.
 3. Et pour lesquels le directeur financier ou la personne qui le représente a déterminé qu'une réduction s'appliquait.
 4. Le CMC limitera les sommes qu'il entend facturer pour des services fournis aux malades hospitalisés (couverts par le régime Medicare) aux montants déterminés par ledit régime pour l'établissement de diagnostics regroupés pour la gestion (DRG) - ou les limitera au taux le plus élevé qu'il, en toute bonne foi, s'attendrait à recevoir de la part d'un programme public auquel il participe) ou, dans le cas de prestations pour lesquelles il n'existe pas de DRG sous le régime Medicare, s'en tiendra à des frais réduits appropriés, pour autant que les frais liés auxdites prestations ne sont pas déjà réduits.
 5. Quant aux paiements prévus de services ambulatoires, les CMC suivront la grille tarifaire Medicare. Si une telle grille n'existe pas, le CMC évaluera le coût des services ambulatoires en multipliant le montant de ses frais réduits par le coût des dépenses Medicare.
- G. **Soins caritatifs accordés dans des cas particuliers** : les soins caritatifs accordés dans des cas particuliers permettent aux patients non assurés ne remplissant pas les critères d'aide financière ou n'étant pas en mesure de suivre les procédures hospitalières indiquées de bénéficier, avec l'approbation du directeur financier des CMC ou de la personne qui le représente, d'une annulation complète ou partielle des frais réduits exigés par l'hôpital pour les prestations couvertes. L'hôpital doit documenter la décision et inclure les raisons pour lesquelles le patient n'a pas rempli les critères normaux d'admissibilité à l'aide financière. La liste ci-après présente des situations qui pourraient s'appliquer aux soins caritatifs accordés dans des cas particuliers :
1. **Faillite** : patients en faillite ou ayant récemment fait faillite.
 2. **Patients sans domicile fixe** : les patients en salle d'urgence sans revenu s'ils sont sans emploi, sans adresse postale, sans résidence ou sans assurance.
 3. **Patients décédés** : les patients décédés sans assurance, sans propriété ou sans couverture par un tiers.
 4. **Services non couverts par Medicare** : les patients admissibles à Medicare en fonction de leurs revenus peuvent solliciter une aide financière pour les hospitalisations, soins de jour et services non couverts. Les patients ne peuvent recevoir d'aide financière pour régler la cotisation due à Medicare.
 5. **Services non couverts par Medi-cal** : les patients admissibles à Medicare en fonction de leurs revenus peuvent solliciter une aide financière pour les hospitalisations, soins de jour et services non couverts. Les patients ne peuvent recevoir d'aide financière pour régler la cotisation due à Medi-cal. Les patients admissibles à des programmes comme Medi-Cal, mais dont le statut d'admissibilité n'est pas établi pour la période durant laquelle les services médicaux ont été rendus, peuvent solliciter une aide financière.

- H. **Soins onéreux caritatifs accordés aux patients assurés (« soins onéreux caritatifs »)** : les soins onéreux caritatifs permettent l'annulation complète des frais pour les prestations couvertes restant à la charge du patient. Cette annulation est accessible aux patients qui remplissent les critères suivants :
 1. Le patient est assuré.
 2. Le revenu familial du patient est inférieur à 350 % du seuil de pauvreté à l'échelon fédéral; et
 3. les frais médicaux ou familiaux du patient pour les prestations couvertes (encourus au CMC ou payés à d'autres fournisseurs au cours des douze (12) derniers mois), dépassent 10 % du revenu familial du patient.
- I. **Médecin urgentiste** : un médecin urgentiste est un médecin qui fournit des soins médicaux d'urgence dans un hôpital.
- J. **Seuil de pauvreté à l'échelon fédéral (« Federal Poverty Level [FPL] »)** : le FPL signifie le niveau de revenu publié une fois par an par les United States Department of Health and Human Services (HHS) (Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis) et utilisé par le CMC pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière.
- K. **Somme à la charge du patient** : la somme qu'un patient assuré doit payer de sa poche après que le tiers payant du patient ait déterminé la somme allouée à ce dernier.
- L. **Famille du patient** : la famille du patient sera déterminée selon les critères suivants :
 1. **Patients adultes** : pour les patients âgés d'au moins 18 ans, la famille du patient inclut le conjoint et les enfants à charge de moins de 21 ans vivant sous le toit de leurs parents ou non.
 2. **Patients mineurs** : pour les patients âgés de moins de 18 ans, la famille du patient inclut les parents, les proches s'occupant des enfants ainsi que les autres enfants de moins de 21 ans des parents du patient ou des proches qui s'occupent des enfants.
- M. **Auteur de délit** : un auteur de délit est une personne qui commet un délit (faute civile), intentionnellement ou par négligence.

III. POLITIQUE

- A. Conformément à la présente politique, les CMC devront prévoir une aide financière sous forme de soins médicaux à prix réduit ou gratuits aux patients des CMC remplissant les critères d'admissibilité; ces patients incluent :
 1. Des patients non assurés à faible revenu.
 2. Des patients assurés à faible revenu et ayant des frais médicaux élevés.
 3. Des patients présentant des conditions particulières.
- B. Conformément à cette politique, les patients non assurés à faible revenu et les patients assurés à faible revenu ayant des frais médicaux élevés devront être informés par le CMC des aspects financiers prévus par la loi, à savoir l'estimation des frais des prestations médicales à leur charge et l'accès à l'aide financière et aux réductions.
- C. Cette politique concerne les établissements hospitaliers agréés affiliés aux CMC. Sauf indication contraire, cette politique ne concerne pas les médecins ou autres prestataires médicaux dont les services ne sont pas inclus dans la facture du CMC. En Californie, un médecin urgentiste qui fournit des prestations d'urgence dans un hôpital doit offrir des réductions aux patients non assurés ou aux patients ayant des frais médicaux élevés et dont le revenu est inférieur ou équivalent à 350 % du FPL. Les médecins spécialistes qui sont appelés au service d'urgence des CMC ou qui œuvrent pour le CMC en dehors du service d'urgence ne sont pas des médecins urgentistes.

IV. PROCÉDURE

A. Admissibilité

1. Critères d'admissibilité: durant le processus de demande d'aide financière, le CMC appliquera les critères d'admissibilité suivants :

Catégorie d'aide financière	Critères d'admissibilité du patient	Réduction offerte
Soins complets caritatifs	<ol style="list-style-type: none"> 1. Le patient est non assuré; 2. Le revenu familial du patient est inférieur ou équivalent à 350 % du dernier FPL. 	Annulation complète des frais réduits du CMC et réclamés au patient pour les prestations couvertes.
Soins partiels caritatifs	<ol style="list-style-type: none"> 3. Le patient est non assuré; 4. Le revenu familial du patient se situe entre 351 % et 400 % du dernier FPL. 	<p>Annulation partielle des frais réduits du CMC et réclamés au patient pour les prestations couvertes.</p> <p>Services d'hospitalisation : Le CMC limitera les sommes qu'il entend facturer pour des services fournis aux malades hospitalisés (couverts par le régime Medicare) aux montants déterminés par ledit régime pour l'établissement de diagnostics regroupés pour la gestion (DRG) - ou les limitera au taux le plus élevé qu'il, en toute bonne foi, s'attendrait à recevoir de la part d'un programme public auquel il participe) ou, dans le cas de prestations pour lesquelles il n'existe pas de DRG sous le régime Medicare, s'en tiendra à des frais réduits appropriés, pour autant que les frais liés auxdites prestations ne sont pas déjà réduits.</p> <p>Services ambulatoires : pour les</p>

		paiements prévus des services ambulatoires, les CMC suivront la grille tarifaire Medicare. S'il n'existe pas de grille tarifaire Medicare, le CMC évaluera le coût des services ambulatoires en multipliant le montant de ses frais réduits par le coût des dépenses Medicare.
Soins onéreux caritatifs (pour les patients assurés)	<ul style="list-style-type: none"> 5. Le patient est non assuré; 6. Le revenu familial du patient est inférieur ou équivalent à 350 % du dernier FPL ; 7. Les frais médicaux ou familiaux du patient (encourus au CMC ou payés à d'autres fournisseurs au cours des douze (12) derniers mois, dépassent 10 % du revenu familial du patient. 	Annulation complète des frais réclamés au patient pour les prestations couvertes.
Soins caritatifs accordés dans des cas particuliers	<ul style="list-style-type: none"> 8. Le patient est non assuré ou mal assuré; 9. Le patient ne remplit pas les critères d'aide financière; 10. Des conditions particulières existent; 11. Le directeur financier ou la personne qui le représente a approuvé la réduction; 12. Le CMC doit documenter la décision et inclure les raisons pour lesquelles le patient n'a pas rempli les critères normaux d'admissibilité à l'aide financière. 	Annulation complète ou partielle des frais réduits exigés par l'hôpital et réclamés au patient pour les prestations couvertes.

2. Calcul du revenu familial : pour déterminer l'admissibilité d'un patient à l'aide financière, le CMC doit d'abord calculer son revenu familial, comme suit :
 - a. Preuve du revenu familial : les patients seront seulement tenus de fournir un talon de chèque de paie récent ou leur dernière déclaration d'impôt

comme preuve de revenu. Le revenu familial du patient correspond aux gains annuels de tous les membres de la famille du patient à compter des douze (12) mois précédents ou de l'exercice antérieur comme l'indique les derniers talons de chèque ou les dernières déclarations d'impôt, moins les paiements versés au titre des pensions alimentaires et du soutien des enfants.

- b. Calcul du revenu familial des patients décédés : à des fins de calcul de revenu familial du patient, on estime que les patients décédés (et sans conjoint survivant) n'ont pas de revenu. Des preuves de revenu ne sont pas requises pour les patients décédés; par contre, une preuve des avoirs immobiliers pourrait être exigée. Le conjoint survivant d'un patient décédé peut solliciter une aide financière.
3. Calcul du revenu familial d'un patient, exprimé en pourcentage du FPL : une fois le revenu familial du patient déterminé, le CMC calculera le niveau de revenu familial du patient par rapport au FPL, exprimé en pourcentage du FPL. Par exemple, si le FPL d'une famille de trois est de 20 000 \$ et que le revenu familial du patient est de 60 000 \$, le calcul du CMC devra situer le revenu familial du patient à 300 % du FPL. Ce calcul servira à déterminer si un patient remplit les critères d'aide financière.
 4. Inadmissibilité à l'aide financière : dans le cadre de la présente politique, les cas pour lesquels l'aide financière n'est pas accessible sont les suivants :
 - . Les patients Medi-Cal devant s'acquitter d'une participation forfaitaire : les patients Medi-Cal devant s'acquitter d'une participation forfaitaire ne sont pas admissibles à solliciter une aide financière pour diminuer le coût de la participation forfaitaire à leur charge. Le CMC tentera de recouvrer ces sommes auprès des patients.
 - a. Le patient refuse les prestations couvertes : un patient assuré qui décide de choisir des prestations qui ne sont pas couvertes dans le cadre de son régime d'assurance maladie (p.ex. un assuré HMO qui choisit des services en dehors du réseau du CMC ou un patient qui refuse d'être transféré d'un CMC vers un établissement affilié au réseau) n'est pas admissible à l'aide financière.
 - b. Un patient assuré qui ne coopère pas avec un tiers payant : un patient assuré n'est pas admissible à l'aide financière s'il est assuré par un tiers payant qui refuse de payer les prestations pour le motif que le patient ne lui a pas fourni les renseignements nécessaires permettant de déterminer la responsabilité du payeur vis-à-vis de son assuré.
 - c. Le payeur paie directement le patient : un patient n'est pas admissible à l'aide financière s'il reçoit de l'aide directe pour régler des prestations médicales sous forme de versement d'une indemnité, de supplément Medicare ou de versement provenant d'un autre payeur.
 - d. Falsification des renseignements : le CMC pourrait refuser d'octroyer une aide financière aux patients qui falsifient des renseignements liés à leur revenu ou à la taille de leur ménage, ou tout autre renseignement contenu dans leur demande d'aide financière.
 - e. Recouvrement de paiement auprès d'un tiers : un patient n'est pas admissible à une aide financière s'il perçoit une somme au titre du règlement financier ou d'une décision rendue à l'encontre d'un tiers auteur d'un délit civil ayant causé le préjudice au patient; dans un tel cas, ce dernier doit utiliser la somme perçue en vertu du règlement ou de la décision rendue pour s'acquitter du solde de son compte.
 - f. Services professionnels (médecins) : les prestations de médecins comme des anesthésistes, des radiologues, des médecins exerçant exclusivement en milieu hospitalier, des pathologistes, etc. ne sont pas couvertes dans le cadre de cette politique. Les exceptions sont énoncées à l'Annexe A. De

nombreux médecins offrent des politiques de soins caritatifs permettant aux patients de solliciter des soins gratuits ou à prix réduit. Les patients sont tenus de s'informer sur la politique de soins caritatifs de leur médecin directement auprès de ce dernier.

B. Démarches pour votre demande

1. Le CMC fait les efforts nécessaires pour obtenir auprès du patient ou de son représentant des renseignements sur son régime privé ou public d'assurance maladie en vue de savoir si ledit régime couvrira une partie ou la totalité des frais de soins fournis au patient par le CMC. Un patient qui indique, à tout moment, ne pas être en mesure de régler une facture d'hôpital fera l'objet d'une évaluation d'aide financière. Pour remplir les critères d'admissibilité à titre de patient non assuré, le patient ou le garant du patient doit s'assurer qu'à sa connaissance, le patient n'a pas droit à une assurance ou à des allocations qui seraient versées par un programme public pour couvrir une partie ou la totalité de la facture.
2. Il convient d'encourager tous les patients à s'informer sur leur admissibilité potentielle à un programme d'aide publique s'ils ne l'ont pas encore fait. Si un patient indique ne pas avoir de couverture par un payeur tiers ou sollicite une aide financière, le CMC lui remettra un dossier d'inscription à Medicare ou à d'autres programmes d'aide financière publics.
3. Les patients doivent déployer les efforts requis pour s'assurer de fournir au CMC tous les documents liés à leur revenu et à leur assurance maladie.
4. Les patients qui souhaitent solliciter une aide financière doivent utiliser le formulaire type des CMC intitulé [Demande d'aide financière](#).
5. Les patients ayant besoin d'aide pour remplir le formulaire de demande d'aide financière peuvent se rendre en personne à l'un des CMC répertoriés à l'Annexe C ou se renseigner par téléphone auprès du Bureau des admissions au (559) 459-2998.
6. Il est possible d'obtenir des copies de la Demande d'aide financière dans les CMC répertoriés à l'Annexe C, par courriel ou sur le site Web des CMC (www.communitymedical.org).
7. Les patients sont tenus de remplir le formulaire de demande d'aide financière aussitôt après avoir reçu un traitement au CMC. Si la demande n'est pas remplie ni retournée dans un délai de 180 jours suivant la date de sortie du patient, l'aide financière pourrait lui être refusée.
8. Les patients doivent retourner les demandes d'aide financière à : Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, P.O. Box 1232, Fresno, CA 93715, Attn : Financial Assistance Application

C. Détermination de l'admissibilité à l'aide financière

1. Le CMC examinera chaque demande d'aide financière et accordera une aide si le patient remplit les critères d'admissibilité susmentionnés.
2. Les fichiers servant au recouvrement des créances et les documents liés au revenu ou aux biens recueillis dans le cadre de la procédure d'admissibilité doivent être conservés séparément; les renseignements sur le revenu et sur les biens doivent être exclus de la procédure de recouvrement des créances.
3. Si le patient ne renvoie pas les documents liés à ses revenus et à son assurance maladie, et si le CMC est en mesure de prendre une décision malgré l'absence des documents exigés, ce dernier prendra alors sa décision en fonction des renseignements qu'il possède. Si le patient ne fournit pas les renseignements pertinents et nécessaires, comme les documents liés à son revenu ou à son assurance maladie, le CMC pourrait ne pas être en mesure de déterminer son admissibilité à l'aide financière.
4. Le patient peut également solliciter une aide financière au titre d'un programme public.
 - . Le CMC doit aider le patient à déterminer son admissibilité à une aide financière publique ou à toute autre forme de soutien ou à vérifier s'il a le droit de s'inscrire

au régime public d'assurance maladie, California Health Benefit Exchange (à savoir, Covered California).

- a. Si un patient fait une demande sous un autre régime d'assurance maladie ou si une telle demande est en cours au moment où il fait sa demande d'aide financière auprès du CMC, la demande de couverture au titre d'un autre régime d'assurance maladie ne saurait faire obstacle à l'admissibilité du patient à une aide financière.
5. Les demandes doivent être examinées dans les meilleurs délais. Le CMC devra établir l'admissibilité dans les 45 jours suivant la réception de la demande. Une demande sera jugée incomplète si une assurance ou d'autres sources de paiement sont toujours en attente.
6. Une fois que l'admissibilité aux soins complets caritatifs, aux soins partiels caritatifs, aux soins onéreux caritatifs ou aux soins caritatifs accordés dans des cas particuliers est établie, le [Formulaire de notification](#) (Annexe D) est envoyé à chaque candidat pour les informer de la décision du CMC.
7. Si un patient est approuvé au titre de cette politique, mais qu'il est déterminé après la demande initiale effectuée et le processus d'approbation engagé que le patient cesse de remplir ces conditions en raison d'un payeur tiers, les frais s'appliqueront de nouveau et le CMC présentera une demande d'indemnisation au payeur tiers pour le compte du patient. Si par la suite, il est déterminé que le payeur tiers n'est pas responsable du paiement des frais du patient, l'admissibilité du patient sera rétablie sans devoir remplir un nouveau formulaire d'évaluation financière.
8. Une fois l'admissibilité à l'aide financière d'un patient établie, le patient est considéré comme admissible pendant une période de six mois après l'envoi du formulaire de notification au patient par l'hôpital. Après un an, les patients doivent faire une nouvelle demande d'aide financière.
9. Si un solde créditeur en faveur du patient est enregistré à la suite de la décision d'aide financière, le remboursement du solde créditeur inclura les intérêts sur le versement excédentaire à compter de la date de paiement du patient au taux réglementaire (10 % par an) en vertu de la section 127400 du Code de la santé et de la sécurité, pourvu que le CMC ne soit pas requis de rembourser un solde créditeur de moins de cinq dollars (5 \$), intérêts compris.

D. Litiges

1. Comme suite à un refus d'aide financière, un patient a le droit de demander la révision d'une décision du CMC. Il avisera les Services financiers aux patients de l'objet du litige et du recours demandé dans les trente jours (30) suivant la réception de l'avis décrivant les circonstances à l'origine du litige. Le patient peut présenter le litige verbalement en appelant les Services financiers aux patients au (559) 459-3939, ou en envoyant les renseignements suivants à Community Medical Centers, Patient Financial Services Department, PO. Box. 1232, Fresno, CA 93715. Les Services financiers aux patients réviseront le litige dans les meilleurs délais et l'informeront par écrit de toute décision.

E. Accès aux renseignements sur l'aide financière

1. Langues : cette politique sera présentée dans les langues principales du secteur desservi par le CMC. De plus, tous les avis ou communications fournis dans cette section seront présentés dans les langues principales du secteur desservi de l'hôpital et conformément aux lois et règlements fédéraux et étatiques en vigueur. Les langues principales du secteur desservi par le CMC sont des langues parlées par moins de 1 000 personnes ou 5 % de la population. À l'aide de moyens adéquats, le CMC peut déterminer le pourcentage ou le nombre de personnes parmi sa clientèle qui ne parlent pas ou très peu l'anglais et susceptibles d'être touchées par le CMC ou de faire appel à ses services.
2. Renseignements fournis aux patients pendant la prestation des services hospitaliers :

publics au sein du CMC, par exemple dans la salle des urgences ou dans les secteurs des admissions.

- c. Site Web : la Politique d'aide financière, la demande d'aide financière et un résumé de la Politique d'aide financière en termes simples et clairs seront consultables et placés bien en vue sur le site Web des CMC (www.communitymedical.org). Les personnes en quête d'information sur l'aide financière n'auront pas à créer de compte ou à fournir de renseignements personnels avant de recevoir des renseignements sur l'aide financière.
- d. Courrier : les patients pourront demander à recevoir par courrier postal une copie gratuite de la Politique d'aide financière, de la demande d'aide financière et du résumé de la Politique d'aide financière en termes simples et clairs.
- e. Annonces/communiqués de presse : s'il y a lieu, le CMC publiera une annonce publicitaire sur l'existence de l'aide financière au CMC dans les principaux journaux des régions desservies par le CMC, et lorsque cela n'est pas réalisable, le CMC publiera un communiqué de presse faisant état de ces renseignements ou aura recours à d'autres moyens permettant de diffuser massivement l'existence de la politique en faveur des patients concernés dans ses communautés.

F. Éléments divers

1. Tenue des livres : les dossiers liés à l'aide financière doivent être faciles d'accès. Le CMC doit tenir à jour les renseignements concernant le nombre de patients non assurés ayant reçu des prestations d'un CMC, le nombre de demandes d'aide financière dûment remplies, le nombre de demandes approuvées, la valeur des prestations fournies estimée en dollar, le nombre de demandes refusées et les raisons des refus. De plus, des remarques liées à l'approbation ou au refus d'aide financière doivent être consignées dans le compte du patient.
2. Échéanciers de paiement : les patients peuvent avoir droit à un échéancier de paiement. Les échéanciers de paiement seront offerts et négociés conformément à la Politique de facturation et de recouvrement des CMC.
3. Facturations et recouvrement : le CMC mettra tout en œuvre pour recouvrer les créances des patients. Les renseignements obtenus au cours des démarches d'aide financière ne peuvent pas être utilisés durant la procédure de recouvrement, que ce soit par le CMC ou par une agence de recouvrement engagée par le CMC. Les activités générales de recouvrement pourraient comprendre notamment l'émission de relevés de compte du patient et des appels téléphoniques effectués auprès de ce dernier une fois qu'une liste des relevés lui a déjà été expédiée (ou à son garant). Le Service aux affiliés et le Service de gestion du cycle des revenus doivent établir des procédures pour s'assurer que les questions et les réclamations du patient concernant les factures ont fait l'objet d'une enquête et, le cas échéant, d'une rectification, puis d'un suivi auprès du patient dans les délais impartis. Ni le CMC ni aucune agence de recouvrement engagée par le CMC ne prendront de mesures de recouvrement exceptionnelles (tel qu'il est défini dans la Politique de facturation et de recouvrement des CMC). Vous pourrez vous procurer gratuitement des copies de la Politique de facturation et de recouvrement sur le site Web des CMC au www.communitymedical.org.
4. Dépôt auprès de l'OSHPD : le CMC déposera ses politiques d'aide financière et de facturation et de recouvrement auprès de l'Office of Statewide Health Planning and Development (« OSHPD »). Ces politiques sont consultables sur le site Web de l'OSHPD à cette adresse : <https://syfphr.oshpd.ca.gov/>.

G. Montants généralement facturés

1. Conformément à la section 1.501 (r) (5) de l'Internal Revenue Code, le CMC adopte les méthodes prospectives de Medicare pour les montants généralement facturés.

Les patients admissibles à l'aide financière ne seront pas tenus d'acquitter plus que les montants généralement facturés.

V. RÉFÉRENCES

Section 501(r) de l'Internal Revenue Code

26 Code of Federal Regulations 1.501(r)

Sections 124700-127446 du Code de santé et de sécurité de la Californie

Documents cités

Type de référence	Titre	Remarque
Documents cités dans le présent document		
Documents cités	Demande d'aide financière	
Documents cités	Emplacements des CMC	
Documents cités	Formulaire de notification	
Documents cités	https://syfphr.oshpd.ca.gov/	
Documents cités	Résumés des obligations légales du patient	
Documents cités	www.communitymedical.org	
Documents cités	Demande d'aide financière	
Documents cités	Aide financière (emplacements)	
Documents cités	Avis des droits à l'obtention de la Politique d'aide financière	
Documents cités	Renseignements importants sur la facturation des prestations fournies aux patients	
Documents cités	Formulaire de notification	

*Les copies imprimées du présent document ne sont peut-être pas à jour et ne doivent pas servir à des fins officielles. La version actuelle se trouve sur le site Lucidoc.
<https://www.lucidoc.com/cgi/doc-gw.pl?ref=communitymc:24817>.*