

IDENT	PAS1
Type de document	Politique
Type d'applicabilité	UVMHN CVMC/PMC/UVMHC
Fonction du propriétaire	Accès direct aux patients
Fonction du chargé de l'approbation	Vice-président exécutif des finances & CFO
Date d'entrée en vigueur	7/1/2024
Date de la prochaine révision	7/1/2027



TITRE : Programme d'aide financière (Financial Assistance Program)

OBJET :

Établir une politique et une procédure pour l'administration du programme d'aide financière du University of Vermont Health Network (UVMHN).

ÉNONCÉ DE POLITIQUE :

Le Réseau de santé de l'Université du Vermont est une organisation centrée sur le patient qui s'engage à traiter chaque patient équitablement, avec dignité et respect, quelles que soient sa couverture par une assurance maladie ou ses ressources financières. De plus, le Réseau de santé de l'Université du Vermont s'engage à fournir une aide financière aux personnes ayant des besoins de soins de santé essentiels et qui ne sont pas assurées, sont insuffisamment assurées, n'ont pas droit à un programme public de prestations de soins de santé ou sont autrement incapables de payer les soins médicaux nécessaires en raison de leur situation financière individuelle. En accord avec sa mission de fournir avec bienveillance des soins de qualité à prix abordable et pour honorer son engagement en tant qu'organisation à but non lucratif, le Réseau de santé de l'Université du Vermont veille à ce que la capacité financière des personnes qui ont besoin de soins de santé ne les empêche pas de demander ou de recevoir ces soins.

L'aide financière n'est pas considérée comme un substitut à la responsabilité personnelle. Les patients doivent coopérer avec les procédures des partenaires de l'UVMHN dans le Vermont pour obtenir d'autres formes de couverture médicale ou d'aide financière, et contribuer au coût de leurs soins en fonction de leurs capacités de paiement individuelles. Les personnes ayant la capacité financière de souscrire une assurance maladie doivent être encouragées à le faire, afin de leur garantir l'accès aux soins de santé, favoriser leur santé générale et protéger leurs actifs financiers personnels.

Pour gérer ses ressources de manière responsable et permettre à l'UVMHN d'apporter l'aide nécessaire à un maximum de personnes dans le besoin, les politiques et procédures suivantes ont été établies pour la fourniture d'une aide financière aux patients.

La politique s'applique aux partenaires de l'UVMHN suivants :

Central Vermont Medical Center
130 Fisher Road
Berlin, VT 05602

Porter Medical Center
115 Porter Drive
Middlebury, VT 05753

The University of Vermont Medical Center
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401

PROCÉDURES :

Aide financière

Conditions d'accès aux services de soins de santé :

Vous pouvez bénéficier d'une assistance financière pour les services suivants :

- Services médicaux d'urgence fournis dans une salle d'urgence
- Services d'urgence fournis dans des circonstances où le pronostic vital est engagé hors salle d'urgence

- Services d'urgence pour une affection qui, si elle n'est pas traitée rapidement, entraînerait une dégradation de l'état de santé d'une personne
- Services médicaux non urgents nécessaires pour les patients qui répondent aux règles établies par le programme

Vous ne pouvez pas bénéficier d'une aide financière pour les services suivants :

- Soins cosmétiques ou plastiques
- Soins pour favoriser la fertilité ou remédier à l'infertilité, comme les in-vitro fertilisation (In Vitro Fertilization, IVF), vasectomies ou inversions de vasectomie, ligatures des trompes ou inversions de ligature des trompes
- Soins non nécessaires pour des raisons médicales, y compris les hospitalisations en l'absence de nécessité immédiate
- Soins couverts par une politique générale, par exemple, lorsque qu'une réduction a déjà été appliquée
- Essais de recherche et soins expérimentaux
- Soins aux ressortissants étrangers ou aux patients de passage, sauf si le service est fourni dans une salle d'urgence. Les patients de passage sont des patients en visite, qui ne résident pas et ne travaillent pas dans le Vermont
- Soins dispensés au centre médical Appletree Bay
- Services remboursés directement au patient par une compagnie d'assurance ou un tiers

Soignants couverts : Tous les soignants employés par l'UVMHN qui dispensent des soins dans les cabinets médicaux des partenaires et médecins de l'UVMHN sont couverts par la présente politique. Vous trouverez la liste des soignants couverts sur le site Web public de l'UVMHN, où une liste à jour est disponible (voir la liste de contacts ci-dessous). Pour recevoir gratuitement la liste imprimée, vous pouvez contacter notre service client au 802-847-8000 ou au 800-639-2719.

Hôpitaux couverts : Tous les services répondant aux conditions qui sont dispensés ou prescrits chez des partenaires de l'UVMHN, peu importe que le médecin soit employé ou non. Remarque : Cette règle concerne uniquement la facturation par l'hôpital. Consultez la liste de soignants couverts pour déterminer si les honoraires des médecins sont couverts ou non.

Conditions financières : L'octroi de l'aide financière sera envisagé pour les patients non assurés, insuffisamment assurés, qui n'ont pas droit à un programme public de prestations de soins de santé et qui ne sont pas en mesure de payer leurs soins. Les besoins financiers de ces patients seront déterminés conformément à la présente politique. L'octroi de l'aide doit être basé sur la détermination des besoins financiers individuels et ne doit pas tenir compte de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, du statut social ou d'immigration, de l'orientation sexuelle, de l'identité ou de l'expression de genre ou de l'affiliation religieuse.

Le droit à une aide financière est basée sur l'évaluation des revenus et des actifs du patient.

- **Évaluation des revenus :** Ce programme est limité aux patients qui démontrent un besoin financier basé sur leurs revenus ou sur la disproportion entre les montants des factures médicales et leurs revenus. Le seuil de pauvreté le plus récemment publié par l'État fédéral (Federal Poverty Level Guidelines, FPLG) servira de référence principale. Un patient dont les revenus bruts du ménage après ajustements ne dépassent pas 400 % du FPLG, en fonction de la taille du ménage répond aux conditions de l'évaluation des revenus, et une aide financière lui sera octroyée s'il répond aussi aux conditions de l'évaluation des actifs.
 - Les personnes à charge ayant atteint l'âge de 18 ans, peuvent être considérées comme des membres du ménage s'ils sont pris en charge à plus de 50 % par le chef de ménage. Pour avoir droit à cette extension du ménage, la personne à charge doit être inscrite comme personne à charge dans la déclaration de revenus fédérale du chef de ménage.
 - Pour les travailleurs migrants, les membres de la famille immédiate (conjoint et enfants biologiques) résidant en dehors du pays sont inclus dans les membres du ménage.
- **Évaluation des ressources :** Chaque individu ou ménage peut disposer d'actifs liquides équivalent à un niveau de revenu de 400 % du FPGL (seuil de pauvreté fixé par l'État fédéral), ajusté en fonction de la taille du ménage. Si ses actifs ne dépassent pas ce plafond, le patient répond aux conditions de l'évaluation des actifs.
 - En fonction de leur valeur, les biens locatifs peuvent être exclus du calcul, à condition que le revenu locatif soit inclus dans le calcul des revenus mensuels du ménage.

Exclusions :

- La résidence principale, les actifs détenus sur un compte d'épargne-retraite ou un régime de retraite comparable à imposition différée et les comptes d'épargne pour les études supérieures détenus par le patient pour lui-même sont exclus de l'évaluation des actifs.
- Les bourses d'études et/ou les allocations de scolarité ne sont pas considérées comme un actif liquide et ne doivent pas être prises en compte dans l'évaluation des actifs.

Critères de résidence : Les patients doivent résider dans la zone desservie par l'UVMHN, à moins que les services médicaux soient urgents ou émergents. Les services programmés pour les patients résidant en dehors de la zone desservie par l'UVMHN n'ont pas droit à une aide financière. Une aide financière pour les patients résidant en dehors de la zone desservie par l'UVMHN ne sera accordée que dans des circonstances exceptionnelles et sur approbation. Une politique distincte a été élaborée pour définir les exigences, le processus et l'approbation requise pour les médecins de l'UVMHN qui souhaitent dispenser des soins caritatifs de l'UVMHN à des résidents internationaux. (Demande de prestations de soins de santé à des ressortissants étrangers)

Les résidents du Vermont vivent dans le Vermont, sont employés par un employeur du Vermont pour fournir des services dans le Vermont ou fréquentent une école dans le Vermont, ou combinent plusieurs de ces critères. Sont incluses les personnes qui vivent dans le Vermont au moment de recevoir les soins, mais qui n'a pas de logement permanent et stable.

Les résidents de New York doivent résider dans la zone desservie plus de six mois par an pour satisfaire à la condition de résidence.

La zone desservie est définie comme suit : Tous les comtés du Vermont, certains comtés de New York (Clinton, Essex, Franklin, Washington, Hamilton, Warren et St. Lawrence) et du New Hampshire pour le laboratoire de référence (comtés de Coos, Grafton et Sullivan).

La preuve de résidence peut être établie par l'une des méthodes suivantes :

- Un permis de conduire délivré dans la zone de service, des factures pour un logement avec une adresse dans la zone desservie, un contrat de bail pour un logement dans la zone desservie ou une facture de fourniture d'eau, de gaz ou d'électricité dans la zone de service, une copie de contrat de travailleur migrant ou une attestation d'emploi émise par l'employeur.
- Des bulletins de salaire pour un emploi dans le Vermont, une preuve d'inscription dans un établissement scolaire dans le Vermont ou une attestation écrite de l'Open Door Clinic.

Paiements des assurances frais médicaux et responsabilité civile : Les soins dispensés par des prestataires de l'UVMHN seront facturés à la couverture médicale principale du patient, à une assurance médicale privée, à un régime de santé fourni par l'employeur, à une caisse d'indemnisation des travailleurs ou mis en attente de paiement par une assurance couvrant accessoirement les frais médicaux ou à l'assurance responsabilité civile d'un tiers. Dans les cas où un paiement potentiel de l'assurance d'un tiers responsable d'une blessure ou d'un accident de voiture pourrait arriver à une date ultérieure, l'UVMHN revendiquera un privilège pour protéger ses intérêts financiers, à l'exclusion des bénéficiaires de Medicare ou Medicaid. Après revendication du privilège, une aide financière pourra être accordée si le patient répond aux conditions restantes. Si les paiements sont remis aux créanciers à un certain moment, le privilège de l'UVMHN lui permettra de récupérer une partie ou la totalité de l'aide financière qu'il avait accordée au patient.

Critères du programme de soins de santé public et du marché de l'assurance santé : Le statut des patients qui demandent le programme d'aide financière de l'UVMHN est examiné pour déterminer s'ils ont droit à des programmes de soins de santé de l'État ou du gouvernement fédéral. Un patient identifié comme susceptible de bénéficier d'une telle aide sera invité à la demander. Pour les patients identifiés comme candidats potentiels à Medicare, Medicaid ou aux prestations du Programme d'échange de soins de santé du Vermont ou de New York, une demande et le respect des directives de ce programme sont une condition préalable à l'obtention du Programme d'aide financière de l'UVMHN.

Exclusions :

- Un patient dont les croyances religieuses ou culturelles lui interdisent de demander ou de recevoir une aide financière d'une entité publique peut être exclu du critère du programme de soins de santé public. Le patient devra toutefois assumer une partie de la responsabilité financière, à déterminer par le Comité d'appel du programme d'aide financière.
- Le refus d'un immigrant sans papiers de demander son admission à un programme public ne constitue pas un motif valable de refus de l'aide financière.
- Le refus d'un patient de souscrire une assurance maladie privée ne constitue pas un motif de refus de l'aide financière.

Détermination du besoin financier : Le besoin financier est déterminé en fonction de procédures impliquant une évaluation individuelle, qui inclura les éléments suivants. Notez que dans le cas d'une aide octroyée sur la base d'une admissibilité présumée, le processus de demande peut être exclu.

- Inclure un processus de demande, dans lequel le patient ou le garant du patient est tenu de coopérer et de fournir des informations et des documents pertinents de nature personnelle, financière et autre afin de déterminer ses besoins financiers.
- Inclure l'utilisation de sources de données externes accessibles au public qui fournissent des informations sur la capacité de paiement d'un patient ou d'un garant du patient. L'UVMHN se réserve le droit d'obtenir un rapport de solvabilité, si le patient donne son accord, pour vérifier la stabilité financière avant l'octroi d'une aide financière.
- Inclure des efforts raisonnables de la part de l'UVMHN pour explorer des sources alternatives appropriées de paiement et de couverture des programmes de paiement publics et privés, et fournir une aide au patient pour demander l'intervention de ces programmes.
- Tenir compte des actifs liquides disponibles du patient et de toutes les autres ressources financières dont dispose le patient.
- Inclure un examen des factures impayées du patient due à l'UVMHN pour des soins prodigués précédemment et l'historique de paiement du patient.

Il est préférable, mais non obligatoire, qu'une demande d'aide financière et une détermination des besoins financiers aient lieu avant la dispense des soins. Un patient doit avoir un solde patient actuellement dû au UVMHN, une perspective qu'un compte actuellement en attente d'assurance laissera un solde qui est dû à l'UVMHN, ou un futur service programmé ou service référé à l'UVMHN qui devrait laisser un solde au patient.

Les demandes d'aide doivent être traitées rapidement et l'UVMHN doit informer le patient ou le demandeur de sa décision par écrit dans les 30 jours suivant la réception d'une demande dûment remplie.

Il est essentiel que les candidats coopèrent avec l'UVMHN pour lui fournir des informations précises et détaillées dans un délai raisonnable. Les demandes dont les informations sont illisibles ou incomplètes peuvent être considérées comme refusées ou renvoyées jusqu'à ce que toutes les informations cruciales puissent être obtenues. Les demandes doivent porter la signature du demandeur ou d'un représentant agissant au nom du demandeur (c.-à-d. une procuration).

Conditions d'admission présumée à l'aide financière : Dans certains cas, il peut sembler qu'un patient prouve avoir droit à une aide, mais aucune demande d'aide financière n'a été enregistrée en raison d'un manque de pièces justificatives. Souvent, il existe des informations adéquates fournies par le patient ou par d'autres sources qui pourraient fournir des preuves suffisantes du droit du patient à une aide financière.

L'admissibilité présumée peut être déterminée en fonction des circonstances personnelles de vie du patient, qui peuvent inclure :

- L'admissibilité à d'autres programmes d'aide étatiques ou locaux qui ne sont pas financés (par exemple, Medicaid)
- L'admissibilité au programme spécial d'aide alimentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)
- La participation aux programmes destinés aux femmes, aux nourrissons et aux enfants (Women, Infants and Children, WIC)
- Le patient est incarcéré ou détenu avec des soldes non couverts par l'assurance
- Le patient est sans abri

L'admissibilité présumée sera attribuée à un code de transaction ou de paiement spécifique afin que ces montants soient exclus du rapport de coûts de Medicare.

Période d'admissibilité à l'aide financière : La nécessité d'une aide financière doit être réévaluée à chaque nouvelle période de prestation de soins si la dernière évaluation financière a été effectuée plus de six mois auparavant, ou dès que des informations supplémentaires déterminantes pour l'admissibilité du patient à l'aide sont connues. La réévaluation des patients ayant passé l'âge de 64 ans et dont le revenu est fixé en dessous de 400 % du FPLG aura lieu annuellement. La réévaluation des employés de l'UVMHN dont le revenu est inférieur à 400 % du FPLG aura lieu chaque année. Il incombe au patient d'informer l'UVMHN de l'évolution de sa situation financière pendant sa période d'attribution de l'aide financière.

Seuil de pauvreté : En fonction des besoins financiers du patient, les services répondant aux conditions de la présente politique seront couverts par une aide financière basée sur le seuil de pauvreté défini par les autorités fédérales. Le montant de l'assistance fournie à un patient variera en fonction de son niveau de revenu, et l'aide financière accordée garantira que le patient ne devra

pas prendre en charge un montant supérieur à celui généralement facturé à un patient assuré.

Montant généralement facturé (Amount Generally Billed, AGB) : Comme établi par le Internal Revenue Service (IRS), les patients admissibles ne peuvent pas être facturés plus pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires que les montants généralement facturés aux patients ayant une couverture d'assurance. La moyenne des montants généralement facturés (AGB) aux patients est calculée à l'aide d'une « méthode rétrospective ». Consultez la politique de limitation des frais (AGB) associée pour la méthode de calcul et le taux d'actualisation annuel.

Aide accordée :

- Les patients dont la demande est acceptée recevront des soins gratuits, avec une remise de 100 %, si leurs revenus ne dépassent pas 250 % du FPLG.
- Les patients admissibles recevront une remise minimale sur l'AGB et une remise supplémentaire de 40 % pour le restant dû après le paiement de l'assurance.
- Les patients admissibles non assurés recevront une remise minimale sur l'AGB et une remise supplémentaire de 40 % sur le restant dû.

Traitement de la demande approuvée : Lorsque sa demande est approuvée, l'aide accordée au patient est appliquée à tous les soldes ouverts (hôpital et médecin, frais bruts pour les non assurés et solde après intervention de l'assurance pour les assurés) et se prolonge pour une période de couverture 6 ou 12 mois, comme indiqué ci-dessus, à condition que ses revenus n'évoluent pas au cours de l'année. À la fin de la période pour laquelle une aide financière a été accordée, les patients devront déposer une nouvelle demande d'aide financière et, en fonction de leur situation financière, leur catégorie d'aide financière pourra être ajustée. La période de couverture s'étend de la date d'approbation au dernier jour du mois d'expiration de l'aide financière.

Remboursements : L'UVMHN limitera tous les frais d'aide financière pour les personnes qualifiées aux montants généralement facturés aux patients assurés. L'hôpital remboursera tout montant payé au-delà du montant que le patient est personnellement responsable de payer en vertu de la politique d'aide financière pendant la période de demande, ou 240 jours avant la réception d'une demande complète. Les paiements effectués en dehors de la période de demande ne seront pas remboursés.

Indigence médicale catastrophique : L'UVMHN a déterminé que la situation indigente catastrophique sera examinée pour la fourniture d'un niveau approprié d'aide financière. Dans la plupart des cas, l'indigent médical est un patient pour lequel le solde d'une facture d'hôpital dépasse 20 % des revenus annuels bruts de son ménage. Le maximum à la charge du patient sera le moins élevé des montants suivants : 20 % des revenus annuels du ménage ou 10 000 \$.

Appels et examens de situations individuelles : L'UVMHN reconnaît que des circonstances atténuantes peuvent exister lorsque les revenus d'une personne dépassent les seuils d'admissibilité au programme. Un comité d'appel sera convoqué au besoin pour examiner les cas inhabituels ou catastrophiques qui ne respectent pas les conditions établies pour le programme mais qui présentent des difficultés inhabituelles.

D'autres cas impliquant la vérification de la nécessité médicale seront présentés au médecin en chef (Chief Medical Officer) ou à son représentant qui déterminera la nécessité médicale des soins prodigués. Si les services sont jugés médicalement nécessaires et que les conditions d'admissibilité à l'aide financière sont respectées, une aide sera accordée.

Les patients dont la demande d'aide financière est refusée peuvent faire appel de la décision de refus. Les demandes d'appel doivent être envoyées au spécialiste du programme d'aide financière, par écrit, dans les 60 jours suivant la réception de la décision de refus et doivent indiquer clairement le motif de l'appel. Le patient sera informé de la décision finale.

Délai de notification : L'UVMHN déploiera des efforts raisonnables pour informer les patients de leur admission au programme d'aide financière. Ce délai prend cours à la date de présentation d'un relevé de facturation pour le solde des soins prodigués au patient et se termine 120 jours plus tard. Comme défini dans la présente politique, plusieurs méthodes de notification sont appliquées avant les soins, pendant les soins et pendant tout le cycle de facturation de 120 jours.

Délai de demande : L'UVMHN traitera les demandes déposées par des patients pendant la période de demande, qui prend cours à la date de présentation d'un relevé de facturation pour le solde des soins prodigués au patient et se termine 240 jours plus tard. Si, à la fin de la période de notification de 120 jours, un compte a été renvoyé à une agence de recouvrement et qu'une demande est reçue et acceptée dans le délai de 240 jours, les comptes seront repris à l'agence et traités dans le cadre du programme d'aide financière.

Efforts raisonnables : Des efforts raisonnables seront déployés pour déterminer si un patient peut avoir droit à une aide financière avant le transfert du solde à une agence de recouvrement. Les efforts raisonnables peuvent inclure le recours à l'évaluation de l'admissibilité présumée, la notification et le traitement des demandes et la notification avant, pendant et après les soins.

- L'UVMHN ne doit initier aucune action de recouvrement extraordinaire (Extraordinary Collections, ECA)
- Les demandes incomplètes doivent être traitées avec une notification aux patients leur indiquant comment remplir correctement la demande et/ou désignant les documents supplémentaires à fournir, avec un délai de 30 jours pour répondre à la demande de l'UVMHN
- L'UVMHN traitera les demandes complétées dans les 30 jours suivant leur réception

Partenaires de l'University of Vermont Health Network : Les patients peuvent soumettre une seule demande d'aide financière auprès d'un partenaire de l'UVMHN du Vermont mentionné dans la présente politique. En raison de différences de législation entre les États, des demandes distinctes doivent être déposées aux partenaires de l'UVMHN New York. Chaque partenaire fournira une assistance au niveau d'aide financière FPLG approprié, tel que défini individuellement pour l'institution, sur la base du calcul de l'AGB défini spécifiquement pour l'organisation. Les pièces justificatives seront conservées par l'organisation qui traite la demande, mais elles seront mises à la disposition de l'organisation partenaire si nécessaires afin de faciliter l'examen du dossier.

Communication du programme d'aide financière aux patients et au public : La notification de l'aide financière est disponible auprès de l'UVMHN. Elle doit inclure un numéro de contact et être communiquée par l'UVMHN par divers moyens, dont :

- La référence au programme d'aide financière imprimé sur chaque relevé de facturation du patient.
- L'affichage d'avis dans les salles d'urgence, les services d'admission et d'enregistrement des patients et les bureaux des services financiers aux patients situés sur les sites des établissements. Des affichages bien visibles peuvent être trouvés dans les principaux services d'admission et d'urgence.
- La fourniture d'une copie du résumé de la politique en termes simples au guichet d'admission des patients sur les sites des établissements et sa mise à disposition des patients dans nos cliniques satellites. La fourniture, sur simple demande d'un patient, de copies de la politique et de la demande.
- Le guide du patient hospitalisé sera remis aux patients hospitalisés, en observation ou en court séjour. Ce guide inclut des informations sur le programme d'aide financière.
- Des informations doivent être disponibles sur le site Web de l'UVMHN, y compris la politique, un résumé en termes simples, le formulaire de demande, les questions fréquemment posées (Frequently Asked Questions, FAQ), les seuils FPLG et les coordonnées pour le suivi de la demande.
- L'orientation des patients vers une aide financière peut être effectuée par tout membre du personnel ou du personnel médical de l'UVMHN, y compris les médecins, les infirmiers, les conseillers financiers, les travailleurs sociaux, les chargés de dossiers, les aumôniers et accompagnants religieux. Une demande d'aide financière peut être déposée par le patient ou un membre de sa famille, un ami proche ou une personne qui a une relation de travail avec le patient, sous réserve des lois applicables en matière de protection de la vie privée.
- Des traductions pour les personnes ayant une maîtrise limitée de l'anglais seront fournies pour les groupes linguistiques comptant plus de 1 000 personnes ou représentant au moins 5 % de la population de la zone desservie. En outre, les traductions pour les partenaires de l'UVMHN Vermont doivent inclure les 13 principales langues identifiées par le Rapport 2023 sur l'égalité raciale du Vermont Office of Racial Equity. Des traductions écrites sont disponibles sur notre site Web public ou, sur demande, dans tous les guichets d'admission des patients. Vous pouvez obtenir une traduction orale en contactant le service client et/ou en rencontrant un conseiller financier sur le site principal de notre hôpital. Les coordonnées sont reprises ci-dessous.
- Les patients ayant besoin d'une copie traduite et/ou d'une assistance pour remplir la demande seront assistés par des conseillers financiers et/ou des agents du service client, qui se procureront les services d'un interprète approprié.
- Des informations, des cartes d'information et des dépliants sont disponibles auprès du Community Health Improvement Office, dont le personnel est régulièrement en interaction avec les centres communautaires et soutient la diffusion des informations et des programmes accessibles au public.
- Les politiques, les demandes, les listes de soignants et les copies du résumé en termes simples sont disponibles, gratuitement en ligne, ou en personne aux adresses de contact désignées ci-dessous.

Comment demander une aide financière : Les patients qui demandent une aide financière doivent remplir et envoyer un formulaire de demande, accompagné de tous les documents requis. Voir les coordonnées ci-dessous.

Répertoire des contacts du programme : Les politiques, les applications, les listes de soignants, les résumés en termes simples et l'assistance en personne sont offerts gratuitement et peuvent être obtenus en contactant :

- The University of Vermont Medical Center
 - Site Web : <http://uvmhealth.org/medcenter>
 - Service client : (802) 847-8000 ou (800) 639-2719
 - Défense des intérêts financiers : (802) 847-1122 ou, pour une assistance en personne, UVMMC, 111 Colchester Avenue, Burlington, VT 05401
 - Adresse postale :
UVMMC Patient Access Department
40 IDX Drive, Bldg. 200-22052
111 Colchester Avenue, Burlington, VT 05401
 - Programme d'aide financière : (802) 847-6984, ou sans frais (888) 739-5183
 - Fax : (802) 847-9332
 - Guichets d'admission des patients présents sur tous les sites
 - Liste des soignants couverts : <https://www.uvmhealth.org/medcenter/patients-and-visitors/billing-insurance-et-inscription/assistance-financiere>
- Porter Medical Center :
 - Site Web : <http://www.portermedical.org>
 - Service client : (802) 847-8000 ou (800) 639-2719
 - Les patients peuvent appeler le (802) 388-8808, touche 5, du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 16 h
 - Défense des intérêts financiers au 23 Pond Lane, Middlebury VT 05753
 - Adresse postale :
PMC Patient Financial Services
115 Porter Drive
Middlebury VT, 05753
 - Guichets d'admission des patients présents sur tous les sites
 - Liste des soignants couverts : <http://www.portermedical.org>
- Central Vermont Medical Center:
 - Service client : (802) 847-8000 ou (800) 639-2719 ou (802) 371-4600, touche 1, touche 1
 - Défense des intérêts financiers : 3 Home Farm Way, Montpelier, VT 05602
 - Adresse postale :
PO Box 547
Barre, VT 05641
Patient Financial Assistance Program
 - Site Web : <https://www.cvmc.org/patients-visitors/patient-financial-services/financial-assistance>
 - Guichets d'admission des patients présents sur tous les sites
 - Liste des soignants couverts : <https://www.cvmc.org/patients-visitors/patient-financial-services/financial-assistance>

Relation avec les politiques de recouvrement : La direction de l'UVMHN doit élaborer des politiques et des procédures pour des pratiques de recouvrement internes et externes qui tiennent compte du droit du patient une aide financière, des efforts de bonne foi du patient pour demander l'admission à un programme gouvernemental ou une aide financière de l'UVMHN, et de l'effort de bonne foi du patient pour se conformer à ses plans de paiement avec l'UVMHN. Pour les patients qui ont droit à une aide financière et qui coopèrent de bonne foi pour régler leurs factures d'hôpital, l'UVMHN peut accorder des plans de paiement prolongés aux patients répondant aux conditions.

Remarque : L'UVMHN ne s'engagera pas dans des actions de recouvrement extraordinaires. Une ECA consiste à vendre de la dette d'un débiteur à une autre partie, déclarer des informations défavorables sur le débiteur aux agences d'évaluation de la solvabilité des consommateurs ou aux agences de renseignement sur l'endettement, le report ou le refus de dispenser des soins médicalement nécessaires en raison du défaut de paiement par un patient d'une ou plusieurs factures pour des soins précédemment fournis dans le cadre du FAP ou l'exigence de paiement en avance, et/ou des actions nécessitant une procédure légale ou judiciaire. Une copie de la politique de crédit et de recouvrement de l'UVMHN peut être obtenue en contactant le service client, au (802) 847-8000 ou au (800) 639-2719. Une copie peut également être obtenue à n'importe quel guichet d'admission des patients de l'UVMHN.

Confidentialité et conservation des documents : Toutes les informations relatives aux demandes d'aide financière resteront confidentielles. Les demandes d'aide financière et les pièces justificatives seront conservées pendant sept ans à compter de la date d'approbation ou de refus à des fins de consultation ultérieure et à des fins de vérification et d'audit.

Niveaux d'autorité pour l'ajustement de l'aide financière : Les niveaux d'approbation suivants seront suivis avant que les frais puissent être déduits du compte d'un patient individuel dans le cadre du programme d'aide financière aux patients :

Entre 1 et 20 000 \$	Spécialiste des Programme d'aide financière
Entre 20 001 et 50 000 \$	Manager
Entre 50 001 et 150 000 \$	Directeur
> 150 001 \$	CFO
Comité d'appel	CFO

Respect de la loi : Dans la mise en œuvre de cette politique, la direction et les établissements de l'UVMHN doivent se conformer à toutes les autres lois, règles et réglementations fédérales, étatiques et locales qui peuvent s'appliquer aux activités menées en vertu de la présente politique.

Conservation des documents : Les demandes complétées d'intervention du Programme d'aide financière seront numérisées et conservées dans le dossier de santé électronique du patient pendant au moins sept ans à compter de la date d'acceptation ou de refus de la demande.

Plan de suivi : La conformité à cette politique sera suivie par un examen annuel des demandes d'intervention du Programme d'aide financière et des décisions d'octroi ou de refus. Un audit aléatoire des départements sera mené chaque trimestre, et les rapports mensuels des résultats seront passés en revue.

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

- **AGB** : Montant généralement facturé aux payeurs d'assurance pour les soins prodigués. La méthode rétrospective est utilisée pour calculer l'AGB, combinant les demandes de remboursement entièrement acceptés pour les frais de service Medicare, Medicare Advantage, Medicaid et tous les régimes de soins de santé privés, y compris la part payée par le bénéficiaire.
- **Actifs (liquidités)** : Espèces, soldes des comptes chèques et d'épargne, marchés monétaires, certificats de dépôt, rentes à terme, actions, obligations, fonds communs de placement, résidences secondaires et immeubles locatifs (sauf si les revenus locatifs sont inclus dans les revenus du ménage).
- **Créance douteuse** : Les frais dus par un patient qui, sur la base des informations financières disponibles, semble avoir les ressources financières nécessaires pour payer les services de soins de santé facturés, mais qui a démontré par ses actions une réticence à régler la facture.
- **Famille** : Selon la définition du Bureau du recensement, un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont liées par la naissance, le mariage, l'union civile ou l'adoption.
- **Frais bruts** : Le total des frais au plein tarif fixé avant que les déductions soient appliquées.
- **Revenus du ménage** : Les revenus sont calculés conformément aux méthodologies financières pour déterminer l'admissibilité aux crédits d'impôt sur les primes anticipées, par exemple, le revenu brut ajusté modifié (modified adjusted gross income, MAGI).
 - Comprennent les revenus, les indemnités de chômage, la sécurité sociale, les pensions ou indemnités de retraite, les intérêts, les dividendes, les loyers, les redevances, les revenus provenant de successions, de fiducies et d'autres sources diverses
 - Excluent les cotisations avant impôt telles que celles versées pour la garde d'enfants, les déplacements, l'assurance maladie prise en charge par l'employeur, les comptes de gestion-santé et les régimes de retraite tels que les régimes 401K et 403b
 - Excluent les avantages non monétaires, tels que les prestations SNAP et les aides au logement
 - Sont déterminés avant impôt (revenu brut)
 - Excluent les gains ou les pertes en capital
 - Si une personne vit avec un partenaire familial ou domestique, les revenus du ménage incluent les revenus de tous les membres de la famille (à l'exclusion de ceux des partenaires non familiaux ou des colocataires)

- **Taille du ménage** Le patient, son conjoint, ses enfants, ses partenaires domestiques et toute personne considérée comme une personne à charge de l'un ou de l'autre des partenaires aux fins de l'impôt fédéral sur le revenu sont considérés comme des membres du même ménage. Les partenaires domestiques sont des personnes non apparentées et non mariées qui partagent un foyer en étant dans une relation intime stable ne pouvant être légalement définie comme un mariage.
 - Le ménage exclut les personnes mariées qui vivent séparément pendant la procédure de divorce, quelle que soit la déclaration de revenus fédérale. Dans ce cas, les individus constituent des ménages distincts.
 - Les enfants concernés par un accord de garde partagée peuvent être déclarés par les deux parents en tant que personnes à charge, à condition qu'une copie de l'accord de garde indique les deux parents contribuent à parts égales aux besoins financiers des enfants.
 - Le ménage inclut les enfants adultes qui sont déclarés comme personnes à charge dans les déclarations de revenus fédérales des parents.
 - Pour les travailleurs migrants, les membres de la famille immédiate (conjoint et enfants biologiques) résidant en dehors du pays sont inclus dans les membres du ménage.
- **Vérification des revenus : La vérification des revenus pour porter, notamment, sur les documents suivants :**
 - Copie de la feuille d'imposition la plus récente
 - Copies des relevés bancaires les plus récents (comptes épargnes, chèques, marché monétaire, etc.)
 - État des revenus émis par l'Office de la sécurité sociale (800-772-1213)
 - Copies de deux des bulletins de salaire les plus récents ou du dernier bulletin de salaire de l'année civile
 - Compte de résultats pour les travailleurs indépendants
 - Copie des indemnités de chômage, le cas échéant
 - Comptes d'investissement, le cas échéant
 - Revenu locatif, s'il est inclus dans les revenus et non dans les actifs
 - Attestation de revenus écrite par un employeur (si les paiements sont effectués en espèces)
 - Documents récents émis par des institutions financières ou d'autres tiers et confirmant la valeur d'un actif, et/ou preuve que tous les tiers payeurs possibles ont été sollicités, et que le solde est dû par la partie responsable
 - Contrat ou confirmation écrite du contrat d'un travailleur migrant
 - Des documents écrits de l'Open Door Clinic contenant des informations financières seront acceptés à la place de la vérification des revenus ci-dessus. Si le patient n'a pas droit au programme gouvernemental, une copie de la lettre ou de l'avis envoyé par l'organisme public pour indiquer que le patient n'a pas droit au programme
- **Ressortissant étranger :** Citoyen non américain se trouvant sur le territoire des États-Unis avec un visa de voyageur ou de visiteur.
- **Zone desservie par l'University of Vermont Health Network :** Le Vermont, certains comtés de New York (Clinton, Essex, Franklin, Washington, Hamilton, Warren et St. Lawrence) et certains comtés du New Hampshire (Coos, Grafton et Sullivan) pour certains services.
- **Maîtrise limitée de l'anglais (Limited English Proficiency, LEP) et traductions :** Maîtrise limitée de l'anglais nécessitant des copies traduites des politiques, du formulaire de demande et du résumé en termes simples.
- **Indigence médicale :** Situation où un patient est financièrement incapable d'accéder à des soins médicaux adéquats sans se priver et priver les personnes à sa charge de nourriture, de vêtements, de logement et d'autres besoins essentiels. En général, un patient sera considéré comme médicalement indigent si le solde d'une facture d'hôpital dépasse 20 % des revenus annuels bruts de son ménage et qu'il est par ailleurs incapable de payer tout ou partie du solde de la facture résultant d'une maladie ou d'une blessure.
- **Services de soins de santé médicalement nécessaires :** Les services de soins de santé, y compris les tests de diagnostic, les services préventifs et les soins postopératoires dont la quantité, la fréquence, le niveau, le cadre et la durée sont nécessaires au diagnostic ou au traitement requis pour le patient. Les soins médicalement nécessaires doivent : (A) être basés sur des preuves médicales ou scientifiques généralement acceptées et être conformes aux pratiques généralement reconnues par les professionnels de santé dans les mêmes spécialités que celles qui fournissent habituellement la procédure ou le traitement, ou qui diagnostiquent ou traitent le problème médical ; (B) être basés sur les besoins uniques de chaque patient et de chaque situation en présence ; et (C) répondre à un ou plusieurs des critères suivants : (i) aider à rétablir ou à maintenir l'état de santé du patient ; (ii) prévenir la dégradation de l'état du patient ou traiter sa maladie ; ou (iii) prévenir l'apparition raisonnablement probable d'un problème de santé ou détecter un problème naissant.
- **Relevé de facturation du patient :** Le récapitulatif mensuel du compte du patient envoyé à un patient à l'adresse de son domicile et qui indique le montant dû par le patient pour les soins qui lui ont été prodigués par l'UVMHN.
- **Propriété familiale où le patient réside principalement :** La résidence principale du patient, qu'il en soit propriétaire seul ou conjointement.

- **Code de transaction ou de paiement** : La transaction unique utilisée pour enregistrer la réduction pour les patients non assurés.
- **Non assuré** : Le patient ne bénéficie d'aucune assurance ou aide d'un tiers pour l'aider à s'acquitter de ses obligations de paiement. Un patient non assuré n'a droit à aucun programme gouvernemental de soins de santé (Medicare, Medicaid, plans d'assurance santé Vermont Health Connect, etc.) pendant la période où les soins sont prodigués par l'UVMHN.
- **Insuffisamment assuré** : Le patient bénéficie d'un certain niveau d'assurance ou d'aide d'un tiers, mais son reste à charge dépasse encore ses capacités financières.
- **University of Vermont Health Network – Vermont** : Inclut The University of Vermont Health Network, Central Vermont Medical Center, Porter Medical Center et the University of Vermont Medical Center.
- **Résidence dans l'État du Vermont** : Une personne, quelle que soit sa nationalité et y compris les migrants sans papiers, qui réside dans le Vermont, est employée par un employeur du Vermont pour lui fournir des services dans le Vermont, fréquente une école dans le Vermont, ou combine plusieurs de ces critères. Sont incluses les personnes qui vivent dans le Vermont au moment de recevoir les soins, mais qui n'a pas de logement permanent et stable. Ne sont pas inclus les visiteurs nationaux ou étrangers.

POLITIQUES CONNEXES :

PAS35	Limitation des frais facturés (AGB)
EXEC11	Demandes de prestation de soins de santé à des ressortissants étrangers
RISK4	Dépistage médical et stabilisation du patient
UVMHN_CUST1	Crédit et recouvrement

RÉFÉRENCES :

IRC, § 501®(4) :
 IRC, § 501®(5) :
 IRC, § 501®(6) :
 H.287 (Loi 119)
 26 C.F.R., §1.36B-2
 VT Droit 18, Chapitre 221, Sous-chapitre 10 :
 § 9481 Définitions
 § 9482 Politiques d'aide financière pour les grands établissements de santé
 § 9483 Mise en œuvre de la politique d'aide financière
 § 9484 Information et éducation du public
 § 9485 Interdiction de cession de dettes médicales
 § 9486 Interdiction de renonciation aux droits
 § 9487 Exécution

RELECTEURS :

Scott Comeau, CFO PMC/ECH
 Kimberly Patnaude, CFO CVMC
 Judy Peek-Lee, CFO UVMHC
 Michael Barewicz, UVMHN Vice-président du cycle des revenus
 Melissa Laurie, UVMHN Vice-président contrôleur corporatif
 Isabelle Desjardins, Médecin-chef, UVMHC
 Jennifer Parks, UVMHN Responsable de la conformité et de la confidentialité
 Richard Schmidgall, UVMHN Directeur Audit Interne
 Erika Smart, UVMHN Directeur Gestion des Risques
 Jason Williams, UVMHN VP, Relations gouvernementales et communautaires
 Lindsay Morse, UVMHN Vice-président du gestion des soins
 Carol Muzzy, UVMHN AVP, Directeur de la réglementation, Accréditation et affaires réglementaires

Gina Slobodzian, UVMHN Directeur Service Clientèle
 Louise Barrow, Directeur Expérience Patient et Famille, UVMHC
 Chris Cook, Directeur des services financiers aux patients, PMC

Nicholas Ferron, Directeur Réseau Conformité Fiscale & Stratégie

PROPRIÉTAIRE : Shannon Lonergan, Accès direct aux patients

CHARGÉ DE L'APPROBATION : Rick Vincent, UVMHN Vice-président exécutif pour les finances et CF

