

## VIRTUA HEALTH

<b><u>TITRE DU MANUEL</u></b> <b>PBS — COMPTABILITÉ DES PATIENTS</b>		<b><u>NOM DE LA POLITIQUE</u></b> Politique d'assistance financière		
<b><u>PROPRIÉTAIRE DU MANUEL</u></b> Comptabilité des patients	<b><u>DATE DE PUBLICATION</u></b>	<b><u>DATE DE LA DERNIÈRE RÉVISION</u></b> 12/2016, 20/03/2018, 02/12/2019 , 08/2024	<b><u>DATE D'EXAMEN</u></b> 12/2015, 11/2019, 02/12/2019, 01/2021, 08/2024	<b><u>DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR</u></b> 12/2015
<b><u>INTERVALLE DE RÉVISION</u></b> 12 mois <b><u>La présente politique est applicable à :</u></b>	<b><u>RÉVISÉ/APPROUVÉ PAR :</u></b> Membres du Conseil d'administration de Virtua Health Virtua - Memorial Hospital Burlington County, Inc. Virtua - West Jersey Health System, Inc. Virtua Memorial Burlington – Psych Virtua Our Lady of Lourdes Hospital, Inc. Virtua Willingboro Hospital, Inc			

### 1. Politique

L'objectif de la politique d'assistance financière (« FAP ») de Virtua est d'aider les personnes qui ne disposent pas de ressources financières suffisantes (y compris une assurance maladie) pour payer les soins qu'elles ont reçus, ou qu'une personne dont elles sont responsables a reçus. La FAP de Virtua concerne la prestation de soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires. Elle ne concerne pas les procédures cosmétiques non médicalement nécessaires ou facultatives. Les patients qui reçoivent des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires chez Virtua sont généralement aussi examinés par des groupes de médecins privés ou d'autres prestataires de soins de santé tiers tout en étant pris en charge par Virtua. Veuillez vous référer à l'annexe A pour obtenir une liste des prestataires au sein de nos établissements hospitaliers qui fournissent des services d'urgence ou d'autres soins médicaux nécessaires. L'annexe indique les prestataires qui sont couverts par la présente FAP et ceux qui ne le sont pas. La liste des prestataires est révisée tous les trimestres et mise à jour si nécessaire.

### 2. Programmes d'assistance financière, admissibilité et méthodes de demande/procédures

Sous réserve de certaines conditions, une assistance financière peut être disponible par le biais des programmes suivants :

- a) Programmes gouvernementaux tels que Medicaid et la sécurité sociale
- b) Le programme Hospital Care Payment Assistance Program (aide au paiement des soins hospitaliers) de l'État du New Jersey (« HCPAP »)

La source de financement de l'assistance au paiement des soins hospitaliers provient du Health Care Subsidy Fund (fonds de subvention des soins de santé) administré en vertu de la loi publique du New Jersey 1997, chapitre 263. L'approbation du HCPAP se traduit par des soins gratuits ou à prix réduit pour les patients qui reçoivent des services hospitaliers et ambulatoires dans les hôpitaux de soins de courte durée de l'État du New Jersey. L'assistance hospitalière et les soins à prix réduit ne sont disponibles que pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires.

Les patients peuvent être éligibles au HCPAP s'ils sont résidents du New Jersey et :

- i. N'ont pas de couverture médicale ou ont une couverture qui ne paie qu'une partie de la facture de l'hôpital (non assurés ou sous-assurés) ;
- ii. Ne sont pas éligibles à une couverture privée ou gouvernementale (telle que Medicaid) ; et
- iii. Satisfont aux critères d'admissibilité en matière de revenus et d'actifs indiqués ci-dessous :

*Critères de revenu* : Les patients dont le revenu familial brut est inférieur ou égal à 200% du seuil de pauvreté fédéral (« FPG ») sont éligibles à une couverture de 100% des soins de charité. Les patients dont le revenu familial brut est supérieur à 200 % mais inférieur ou égal à 300 % du FPG peuvent bénéficier de soins à prix réduit. Les soins gratuits ou les frais partiellement couverts seront déterminés en fonction de la grille tarifaire du ministère de la Santé du New Jersey.

*Critères d'actifs* : Le HCPAP comprend des seuils d'admissibilité des actifs qui stipulent que les actifs individuels ne peuvent pas dépasser 7 500 \$ et les actifs familiaux ne peuvent pas dépasser 15 000 \$.

Le HCPAP est également disponible pour les personnes non résidentes du New Jersey qui ont besoin de soins médicaux immédiats pour un problème médical urgent.

Les patients qui souhaitent bénéficier du HCPAP doivent soumettre une demande de participation au programme d'aide aux soins hospitaliers du New Jersey dûment remplie, comprenant des informations sur la famille/le foyer, une preuve de résidence dans le New Jersey (par ex. permis de conduire, carte d'identité du comté), ainsi que des justificatifs de revenus (par ex. bulletin(s) de salaire, formulaire W-2, déclaration de sécurité sociale) et d'actifs (par ex. relevés bancaires). Si un patient n'a pas de revenus ou d'actifs, une attestation fournie par le patient permet de contourner le besoin de documentation.

c) New Jersey Uninsured Discount (réduction pour les non-assurés du New Jersey) (loi publique 2008, chapitre 60)

Tous les patients non assurés dont le revenu familial brut est inférieur à 500 % du FPG pourront bénéficier de soins à prix réduit dans le cadre de ce programme. Dans le cadre de ce programme, un patient éligible se verra facturer un montant ne dépassant pas 115 % du taux de paiement applicable dans le cadre du programme fédéral Medicare pour les services de soins de santé rendus.

d) NJ FamilyCare

NJ FamilyCare est le programme d'assurance maladie du New Jersey financé par des fonds publics qui comprend les populations CHIP, Medicaid et Medicaid expansion. NJ FamilyCare est un programme d'assurance maladie financé par le gouvernement fédéral et l'État, créé pour aider les résidents qualifiés du New Jersey de tout âge à accéder à une assurance maladie abordable. NJ FamilyCare est destiné aux personnes qui n'ont pas d'assurance d'employeur.

L'éligibilité financière des personnes souhaitant bénéficier de NJ FamilyCare sera basée sur leur revenu brut ajusté modifié (« MAGI »). Des informations supplémentaires sont disponibles sur le site : [www.njfamilycare.org/default.aspx](http://www.njfamilycare.org/default.aspx).

e) New Jersey Cancer Education and Early Detection (programme de sensibilisation au cancer et de détection précoce) (« NJCEED »)

Le programme NJCEED fournit des services complets de sensibilisation, d'éducation et de dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal et de la prostate.

Un patient doit être non assuré ou sous-assuré et doit avoir un revenu familial brut égal ou inférieur à 250 % du FPG pour être admissible. Des informations supplémentaires sont disponibles sur le site : [www.nj.gov/health/cancer/njceed](http://www.nj.gov/health/cancer/njceed).

f) The Catastrophic Illness in Children Relief Fund (fonds de secours pour les maladies catastrophiques chez les enfants)

Le Catastrophic Illness in Children Relief Fund fournit une aide financière aux familles d'enfants souffrant d'une maladie catastrophique.

Pour être admissibles, les frais d'hospitalisation doivent dépasser 10 % du revenu brut de la famille, plus 15 % de tout revenu excédentaire supérieur à 100 000 \$, l'enfant doit avoir eu 21 ans ou moins au moment où les frais médicaux ont été engagés et la famille doit avoir vécu dans le New Jersey pendant les 3 mois précédant immédiatement la date de la demande. Les travailleurs migrants peuvent être admissibles, les résidents temporaires ne le sont pas. Des informations supplémentaires sont disponibles sur le site [www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home](http://www.state.nj.us/humanservices/cicrf/home).

g) New Jersey Victims of Crime Compensation Office (Bureau d'indemnisation des victimes de crimes du New Jersey)

L'État du New Jersey a créé le New Jersey Victims of Crime Compensation Office pour indemniser les victimes d'actes criminels pour les pertes et les dépenses, y compris certains frais médicaux, résultant de certains actes criminels.

Pour être admissible auprès du New Jersey Victims of Crime Compensation Office, l'acte criminel doit avoir été commis dans le New Jersey ou concerner un résident du New Jersey victime d'un acte criminel en dehors de l'État, la victime doit avoir signalé l'acte criminel à la police dans un délai de 9 mois et la victime doit coopérer à l'enquête et aux poursuites judiciaires. La demande doit être déposée dans les 3 ans suivant la date du crime et le patient doit être une victime innocente du crime. Des informations supplémentaires sont disponibles sur le site [www.nj.gov/oag/njvictims/index.html](http://www.nj.gov/oag/njvictims/index.html).

h) AGB

Conformément à la section 501(r)(5) de l'IRC, dans le cas d'une urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires, les patients éligibles ne seront pas facturés plus que les montants généralement facturés aux personnes qui ont une assurance couvrant ces soins.

Les patients peuvent bénéficier de cette réduction s'ils ne sont pas assurés et ont un revenu familial brut inférieur à 500 % du FPG. De plus, les patients sous-assurés peuvent être admissibles si leur revenu familial brut est supérieur à 200 % mais inférieur ou égal à 300 % du FPG.

i) Charity Assistance Program de Virtua (programme d'assistance aux organismes de bienfaisance) (« CAP »)

Les patients non assurés qui ne sont pas admissibles à Medicaid et ne peuvent pas bénéficier d'une réduction de 100 % dans le cadre du HCPAP peuvent être admissibles au CAP s'ils sont citoyens américains et que leur revenu familial brut ne dépasse pas 500 % du FPG. Les personnes qui remplissent les conditions requises pour bénéficier d'une aide dans le cadre du CAP recevront une réduction de 90% sur le montant facturé pour les procédures d'urgence ou médicalement nécessaires.

Pour faire une demande d'aide financière dans le cadre du CAP, il faut soumettre une demande d'adhésion au Programme d'aide aux organismes de bienfaisance de Virtua. Les candidats au CAP doivent fournir des informations sur la famille/le foyer ainsi qu'une preuve documentée de leurs revenus (voir les exemples de preuve de revenus inclus dans la section 2(b), HCPAP).

La demande de participation au programme d'assistance aux soins hospitaliers du New Jersey et la demande du programme d'assistance aux organismes de bienfaisance de Virtua (« Demandes ») peuvent être téléchargées sur le site Internet de Virtua, [www.virtua.org](http://www.virtua.org), sous Virtua Charity Assistance Program.

Des copies papier des demandes peuvent être obtenues en appelant notre service clientèle au (833) 335-4010.

Les patients disposent d'un délai de 365 jours à compter de la date de la première facture après la sortie de l'hôpital pour soumettre leur demande dûment remplie, accompagnée des documents requis.

Veillez envoyer les demandes remplies (avec tous les documents requis) à :

Comptabilité des patients de Virtua  
2000 Crawford Place, Suite 100  
Mount Laurel, NJ 08054

Si une demande est incomplète, Virtua fournira au patient un avis écrit décrivant les informations/documents supplémentaires nécessaires pour déterminer l'éligibilité à la FAP et donnera au patient un délai raisonnable (30 jours) pour fournir les documents demandés. Virtua fournira également au patient une copie d'un résumé en langage clair (« PLS ») de la présente FAP. Le PLS est une déclaration écrite qui informe une personne que Virtua offre une assistance financière dans le cadre de la FAP et fournit des informations supplémentaires dans un langage clair, concis et facile à comprendre.

### **3. Base de calcul des montants facturés**

Chaque année, Virtua établira les pourcentages AGB pour ses établissements hospitaliers en utilisant la méthode Look-back. Les pourcentages AGB sont calculés en divisant les réclamations du programme Medicare de paiement à l'acte + les réclamations des assureurs de santé privés par les charges brutes associées à ces réclamations. Les pourcentages AGB résultants sont multipliés par les charges brutes pour des procédures spécifiques afin de déterminer le montant AGB.

Les pourcentages AGB calculés ainsi qu'une description des calculs sont disponibles sur demande et gratuitement en appelant notre service clientèle au (833) 335-4010.

Une personne jugée admissible à la FAP ne sera pas facturée au-delà de l'AGB pour les services d'urgence et autres services de santé médicalement nécessaires, conformément à la section 501(r)(5) de l'IRC. L'AGB est le montant maximum facturé à toute personne éligible à la FAP. Conformément à la présente FAP, une personne admissible à la FAP se verra facturer le montant le plus faible de l'AGB ou de tout autre tarif réduit pour lequel elle est admissible au titre de la présente FAP.

### **4. Diffusion à grande échelle de la FAP**

Le service de comptabilité des patients de Virtua s'efforcera de fournir une assistance financière de manière équitable et cohérente, en déployant des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est admissible à une assistance financière. Comme Virtua doit trouver un équilibre entre les besoins d'aide financière de ses patients et sa propre responsabilité fiscale au sens large, l'aide n'est pas considérée comme un substitut à la responsabilité personnelle. Les personnes considérées comme ayant les moyens financiers de payer leurs soins sont censées le faire, et Virtua se réserve le droit de prendre les mesures autorisées par la loi pour protéger ses actifs si nécessaire.

Pour le bénéfice de nos patients, notre FAP, nos applications et notre PLS sont disponibles sur le site Internet de Virtua : [www.virtua.org](http://www.virtua.org)

Des copies papier de la FAP, des demandes et du PLS sont disponibles gratuitement sur demande dans les lieux publics suivants de nos établissements hospitaliers :

- Service d'urgence ;
- Service de consultation externe ; et
- Bureau des admissions.

En outre, des copies papier de la FAP, des demandes et du PLS peuvent être demandées en appelant le bureau du service clientèle de Virtua au 888 625-2890

Virtua a installé des présentoirs bien visibles dans les hôpitaux publics afin de notifier et d'informer nos patients et les membres de la communauté de l'assistance financière disponible.

Virtua fera également des efforts raisonnables pour informer les membres de la communauté de la disponibilité de l'assistance financière.

Virtua offre une copie du PLS à tous les patients dans le cadre du processus d'admission ou de sortie.

Dans le but de satisfaire toutes les populations significatives au sein de la zone de service principale de Virtua, la FAP, les demandes et le PLS sont tous disponibles en anglais et dans la langue principale des populations ayant une compétence limitée en anglais (« LEP ») qui constituent le moindre de 1 000 individus ou 5 % de la communauté desservie par Virtua.

## **5. Politique de facturation et de recouvrement**

Virtua se conformera à toutes les réglementations et dispositions contractuelles convenues en ce qui concerne ses pratiques de facturation et de recouvrement. Le service de comptabilité des patients sera responsable de la facturation et du suivi pour garantir la réception du paiement pour tous les comptes. Si, après le paiement par le payeur ayant la responsabilité principale du montant impayé, il reste un solde résiduel dû (par exemple, un montant de franchise ou de coassurance), le solde résiduel du compte sera facturé à la partie ayant la responsabilité secondaire du solde du compte. En ce qui concerne les patients non assurés ou sans couverture d'assurance secondaire pour un solde résiduel, Virtua ne s'engagera pas dans des actions de recouvrement extraordinaires (« ECA » pour « Extraordinary Collection Actions ») à l'encontre d'un individu pour obtenir le paiement des soins jusqu'à ce que des efforts raisonnables puissent être faits pour déterminer si l'individu est admissible à une aide dans le cadre de la FAP de Virtua.

Les comptes des patients pour lesquels il n'y a pas de couverture d'assurance maladie tierce identifiée suivront le cycle de recouvrement auto-payé défini, la partie responsable étant informée de la disponibilité des remises offertes dans le cadre de la FAP.

À réception d'une demande de FAP remplie, Virtua va :

- a) Suspendre tout ECA à l'encontre de la personne (toute tierce partie agissant au nom de Virtua suspendra également les ECA entreprises) ;
- b) Effectuer et documenter l'admissibilité à la FAP en temps opportun ; et
- c) Informer par écrit la partie responsable ou la personne de la décision prise et de son fondement.

Si un patient est considéré comme admissible à la FAP, Virtua devra :

- i. Fournir un relevé de facturation indiquant le montant dû par la personne admissible à la FAP, comment ce montant a été déterminé et comment les informations relatives à l'AGB peuvent être obtenues ;
- ii. Rembourser tout paiement excédentaire effectué par l'individu ; et
- iii. Les tiers prendront toutes les mesures raisonnables disponibles pour annuler toute ECA prise contre les patients pour recouvrer la dette.

Tout compte impayé restant qui n'est pas en cours de règlement ou qui n'a pas été approuvé pour une assistance financière à la fin du cycle de recouvrement auto-payé défini (120 jours après la date de la première facture post-congé) sera transféré à une agence tierce (« Agence ») pour recouvrement. Toutefois, avant ce transfert, une estimation du revenu annuel de la partie responsable peut être obtenue auprès d'une agence de crédit extérieure. S'il peut être déterminé, sur la base de l'estimation du revenu, que la personne est admissible à la FAP, la réduction susmentionnée des frais sera appliquée et le solde net restant sera transféré à une agence pour recouvrement. De plus, Virtua informera la personne de la décision prise quant à l'admissibilité présumée à la FAP.

Le compte restera auprès de l'agence pendant 180 jours. Après cette période, en l'absence du règlement du solde impayé, Virtua, ou toute tierce partie agissant en son nom, peut s'engager dans les ECA suivantes :

- a) Communiquer des renseignements défavorables sur la personne aux agences d'évaluation du crédit à la consommation ou aux bureaux de crédit ;
- b) Placer un privilège sur les biens d'une personne ;
- c) Saisir le compte bancaire ou d'autres biens personnels d'une personne ;
- d) Intenter une action civile contre une personne ; et
- e) Saisir le salaire d'une personne.

Virtua peut autoriser les agences de recouvrement et les avocats travaillant pour le compte de Virtua à lancer des ECA sur les comptes des patients défaillants après la période de notification de 120 jours. Virtua s'assurera que des efforts raisonnables ont été faits pour déterminer si une personne est admissible à une assistance financière dans le cadre de la FAP et que les mesures suivantes ont été prises avant d'initier une ECA :

1. Le patient a reçu un avis écrit (inclus sur tous les relevés de facturation) qui :
  - Indique qu'une assistance financière est disponible pour les patients admissibles ;
  - Identifie la ou les ECA que Virtua a l'intention d'initier pour obtenir le paiement des soins ; et
  - Indique une date limite après laquelle ces ECA peuvent être engagées.
2. Des efforts raisonnables ont été faits pour informer oralement la personne de la FAP et de la façon dont elle peut obtenir de l'aide pour le processus de demande d'assistance financière.

#### Assurance de tiers

1. Virtua facturera Medicare et Medicaid ;
2. Virtua facturera tous les assureurs tiers au nom du patient. Les assureurs disposent de 45 jours pour effectuer le paiement avant que Virtua ne commence à contacter les patients au sujet de leur solde d'assurance impayé ;
3. Virtua facturera les tiers couvrant les demandes d'indemnisation liées aux véhicules à moteur et aux accidents du travail ; et

4. Les patients sont ultimement responsables de leurs factures si aucun paiement n'est reçu, sauf si cela est interdit par le contrat ou les règlements

#### Soldes non assurés, non résolus et autofinancés

1. Les services d'urgence, de travail et d'accouchement couverts par l'EMTALA (« Emergency Medical Treatment and Active Labor Act ») ne sont pas soumis au paiement anticipé. Virtua ne s'engagera pas dans des actions qui découragent les personnes de rechercher des soins médicaux d'urgence, par exemple en exigeant que les patients du service des urgences paient avant de recevoir un traitement pour des problèmes médicaux d'urgence ou en autorisant des activités de recouvrement de dettes dans le service des urgences ou dans d'autres zones où de telles activités pourraient interférer avec la prestation de soins d'urgence sur une base non discriminatoire.
2. Le paiement des franchises, quotes-parts et coassurances connues est dû au moment du service.
3. Le paiement des services non couverts, non assurés et relatifs au mode de vie est dû au moment du service (les procédures des services relatifs au mode de vie sont définies comme des procédures médicalement non nécessaires telles que la chirurgie esthétique non réparatrice).
4. Les soldes des patients qui ne peuvent pas être payés avant le service et les soldes dus après le paiement ou le refus de l'assurance doivent être résolus par l'une des méthodes suivantes :
  - a. Paiement intégral sur fonds personnels, carte de crédit ;
  - b. Paiement à durée limitée (voir la politique de règlement) ; ou
  - c. Assistance financière approuvée. (Voir la FAP de Virtua)
5. Dès que le solde d'un compte devient la responsabilité du patient, un relevé est envoyé par courrier au patient dans les 3 à 5 jours ouvrables. Cette date marque le début de la période de notification. La « Période de notification » est une période de 120 jours au cours de laquelle aucune ECA ne peut être engagée contre le patient.
6. À ce moment, le prestataire de services indépendants de Virtua saisira une date d'activation sur le compte afin de commencer son cycle de facturation.
  - a. Le patient recevra 3 relevés. Ces lettres comprennent des informations sur les options de paiement ci-dessus ainsi que sur la FAP de Virtua. Des appels ou des tentatives d'appels téléphoniques seront effectués auprès du patient avant d'envoyer un compte en recouvrement. Ces étapes permettront à tous les comptes d'être traités de la même manière ;
  - b. Les transferts à une agence de recouvrement n'auront pas lieu pendant au moins 120 jours à partir de la facture initiale adressée au patient après sa sortie de l'hôpital ;
  - c. Les comptes avec des adresses incorrectes et ceux liés à des patients décédés ne peuvent être transférés à une agence de recouvrement que s'il existe des recherches documentées à l'appui du compte. Les procédures appropriées pour les mauvaises adresses et les patients décédés sans famille/succession doivent être suivies et documentées sur le compte.
7. Avant d'être transférés à une agence de recouvrement, tous les comptes des personnes non assurées sont ajustés en fonction du CAP de Virtua.