



**Politique : Patient Financial Assistance, Including Discounted Payments,
and Charity Care (FAP)**

Entrée en vigueur : 10/12/2024

Identifiant : S-FW-LD-5406

Soins de courte durée : ENC GR LJ MER Ambulatoire SHAS

OBJECTIF : Décrit les options et la procédure pour les patients des hôpitaux Scripps et de la Scripps Medical Foundation qui ont besoin d'une aide financière pour des soins d'urgence et médicalement nécessaires. Les hôpitaux Scripps comprennent Scripps Memorial Hospital La Jolla, Scripps Memorial Hospital Encinitas, Scripps Green Hospital et Scripps Mercy Hospital (San Diego et Chula Vista). Scripps offre une assistance financière conformément à toutes les réglementations étatiques et fédérales.

I. POLITIQUE

- A. La Politique d'assistance financière (FAP) de Scripps Health (Scripps) est conçue pour soutenir les patients qui ne peuvent pas assumer leurs coûts médicaux. Elle ne remplace pas une assurance, y compris Medicare.
- B. Scripps fera tout son possible pour aider les patients à assumer leurs responsabilités financières pour les soins hospitaliers, urgents ou médicalement nécessaires.
Cette assistance peut être nécessaire pour :
 1. Les patients non assurés
 2. Les patients non éligibles à une assurance tierce
 3. Les patients bénéficiant d'une couverture partielle par un tiers (p. ex., Medicaid ou d'autres programmes de soins aux indigents) qui ne couvre pas la totalité des frais.
 4. Les patients ayant des frais médicaux élevés et dont les revenus sont inférieurs ou égaux à 400 % du Federal Poverty Level (FPL, selon l'acronyme anglais).
- C. Cette politique s'applique à tous les services Scripps, y compris ceux dispensés par les médecins et chirurgiens de la Scripps Medical Foundation.
- D. Dans ce cadre, des définitions spécifiques figurent à **l'Annexe A** : *Glossaire des termes des Services financiers aux patients*.
- E. Les mesures appliquées par Scripps en cas de non-paiement sont décrites dans la politique de gestion des comptes patients, de facturation et de recouvrement (S-FW-LD-5400). Un exemplaire gratuit est disponible en ligne ou en contactant les Services financiers aux patients (1-877-727-SCRIPPS).

II. PROCÉDURES

A. Services des médecins

1. Les médecins facturent leurs prestations à part, en tant qu'indépendants.
2. Une liste des prestataires couverts par la FAP de Scripps est disponible sur scripps.org/FAP. Cette liste est mise à jour trimestriellement par le service médical centralisé de Scripps.
3. Les médecins urgentistes doivent légalement accorder une remise aux patients non assurés ou ayant des frais médicaux élevés dont les revenus sont \leq 400 % du Federal Poverty Level.

B. Communication au patient et sensibilisation communautaire

1. Des affiches fournissant des informations sur l'assistance financière et l'aide caritative sont exposées dans les zones d'enregistrement des hôpitaux, y compris les services des urgences, les services ambulatoires, et les principaux points d'accueil.
2. Les documents suivants, relatifs à l'assistance financière, sont à disposition de tous les patients :
 - a. Politique d'assistance financière, incluant paiements à tarif réduit et aide caritative (FAP)
 - b. Politique de gestion des comptes patients, de facturation et de recouvrement de Scripps, (S-FW-LD-5400).
 - c. *Avis d'assistance financière de Scripps et Résumé en langage clair de la politique* : un résumé de la FAP est proposé à tous les patients lors de l'enregistrement ou avant leur sortie, et une copie est incluse dans tous les relevés de facturation des patients. Une copie est envoyée au patient par courrier sous 72 heures si elle n'a pas été délivrée à l'hôpital.
 - d. Demande d'assistance financière, accompagnée de ses instructions
3. Des versions papier de tous ces documents sont disponibles gratuitement aux urgences et à l'accueil principal. Les patients peuvent également recevoir une copie par voie électronique sur demande.
4. Les documents listés ci-dessus sont aussi proposés gratuitement sur Scripps.org, dans plusieurs langues, notamment pour les patients ayant un accès limité à l'anglais (LEP).
5. Scripps collabore avec la California Hospital Association pour identifier ceux susceptibles de nécessiter une aide financière. Le Résumé en langage clair de l'assistance financière (FAP) est disponible lors d'événements communautaires et diffusé aux organismes d'aide aux usagers. La FAP et les informations associées sont également fournies au California Department of Health Care Access and Information (HCAI), conformément à la loi.
6. Tous les patients font l'objet d'une évaluation concernant leur capacité de paiement et leur éligibilité aux différents programmes, dont l'assistance financière. Le personnel de Scripps :
 - a. Entreprenne des démarches raisonnables pour vérifier si l'assurance privée ou publique du patient peut couvrir tout ou partie de ses frais.
 - b. Remet aux patients non assurés une « estimation de bonne foi » des coûts prévus, ainsi qu'un formulaire de demande d'assistance financière.
 - c. Aide les patients à déterminer leur éligibilité à Medi-Cal, County Medical Services (CMS), California Health Benefit Exchange ou toute autre assurance.
 - d. Souligne l'importance pour les patients de demander toutes les assurances publiques ou privées auxquelles ils peuvent prétendre. Les patients sont tenus de coopérer dans la constitution des dossiers pour ces programmes et sources de financement.

C. Procédure de demande d'assistance financière

1. Les patients (ou leurs représentants) doivent faire leur possible pour fournir les justificatifs de revenus et de couverture, ainsi qu'une demande dûment remplie. L'hôpital ne peut déterminer l'éligibilité à l'aide sans ces documents.
2. Les patients sont encouragés à envoyer les premiers justificatifs dans un délai de 30 jours, si possible. Cela inclut les pièces pour :
 - a. Évaluer la situation financière.
 - b. Permettre à l'hôpital de repérer d'autres ressources potentielles de financement.
 - c. Conserver la traçabilité de l'engagement et des démarches entreprises par l'hôpital pour offrir une aide financière.
3. Des pièces complémentaires peuvent être requises pour décider de l'éligibilité au Programme de paiement à tarif réduit. Celles-ci peuvent inclure tous les renseignements financiers, sauf ceux relatifs aux retraites ou plans d'épargne différée.
4. Scripps accepte les paiements de toute personne non légalement tenue de régler la facture du patient. Ils ne sont pas pris en compte dans la procédure de demande.
5. Les informations recueillies dans le cadre de l'assistance financière ne servent pas aux procédures de recouvrement.
6. Les patients peuvent demander de l'aide auprès des conseillers financiers de Scripps au 1-877-727-SCRIPPS ou se rendre à l'accueil principal d'un hôpital Scripps.

D. Décision d'assistance financière

1. Au moins l'un des critères ci-dessous doit être validé pour bénéficier d'une prise en charge totale ou partielle :
 - a. Le montant n'est pas couvert ni remboursé par Medi-Cal, Medicare ou une autre assurance tierce.
 - b. Sur les 12 derniers mois, les frais médicaux annuels à la charge du patient après couverture assurance dépassent 10 % des revenus familiaux.
 - c. Le patient a des frais médicaux élevés selon les réglementations étatiques et fédérales.
 - d. Les revenus sont inférieurs ou égaux à 400 % du Federal Poverty Level (FPL).
2. L'assistance financière peut être accordée intégralement ou partiellement, comme suit :
 - a. Aide caritative : La facture hospitalière dont le patient est responsable est annulée si le revenu familial est ≤ 200 % du FPL. Paiement à tarif réduit : Pour des revenus compris entre 201 % et 400 % du FPL, le patient ne sera pas facturé plus que le Montant d'assistance financière à tarif réduit.
 - b. Si le revenu familial dépasse 400 % du FPL, Scripps peut considérer des circonstances exceptionnelles ou un événement médical catastrophique. L'approbation d'un responsable est nécessaire et des informations complémentaires peuvent être sollicitées.

- c. L'échelle de réduction pour l'assistance financière est mise à jour chaque année en fonction des données FPL actualisées.
3. Scripps propose des plans de paiement échelonnés sans intérêt, négociés en fonction de la situation financière du patient. En cas de désaccord sur ces modalités, la formule imposée par la loi californienne déterminera un plan de paiement raisonnable.
 4. Les patients sans domicile fixe, hors tout autre programme d'assistance, reçoivent une prise en charge intégrale (100 %). Si l'hôpital ne parvient pas à établir la capacité de paiement, l'assistance financière peut n'être accordée qu'après la facturation et/ou d'autres démarches.
 5. Un outil automatisé peut servir à évaluer l'assistance financière.
 6. Les patients peuvent demander plus de précisions ou contester la décision auprès du Service financier de Scripps. Pour tout litige, contactez le Revenue Cycle Manager au 858 927-5115. Les réclamations sont examinées avec la Gestion de cas et tiennent compte de tout paramètre clinique, social ou financier.
 7. Lorsque possible, la décision d'éligibilité est prise sous 20 jours ouvrables à réception des documents, y compris si une traduction est nécessaire. Le Senior Director of Patient Financial Services a l'autorité de confirmer que l'hôpital a fait des efforts raisonnables pour établir l'éligibilité.
 8. Les patients sont informés des modalités de l'assistance. La décision d'éligibilité reste valable 6 mois à compter de son approbation, sauf changement de situation.
 9. Si l'assistance financière est validée et qu'un trop-perçu est constaté, un remboursement majoré d'un intérêt de 10 % par an est effectué rapidement. Aucun remboursement ne sera versé au-delà de 5 ans après le dernier paiement du patient.

III. PIÈCE JOINTE

Glossaire des Termes des Services Financiers aux Patients

PIÈCE JOINTE : Glossaire des Termes des Services Financiers aux Patients

Identifiant : S-FW-LD-5406

Date : 11/24

Page : 1 sur 2

Aide caritative	Considérés comme des soins gratuits, il s'agit de la partie des soins fournis par l'hôpital pour laquelle aucun tiers payeur n'est responsable et que le patient est incapable de payer.
Montant d'assistance financière à tarif réduit (AGB)	Ce montant réduit correspond au montant généralement facturé (AGB, selon l'acronyme anglais) tel que défini par l'IRS. Scripps utilise la méthode prospective pour déterminer l'AGB et estime les montants qui seraient payés par Medicare, y compris les sommes à la charge du bénéficiaire de Medicare. Ce montant représente la somme maximale qu'un patient éligible pourrait payer.
Prix comptant établi	Le prix comptant établi est le montant prévu après application d'une réduction sur le tarif intégral. Cette offre s'adresse aux patients non assurés qui remplissent les critères du programme de paiement à tarif réduit de l'hôpital mais qui n'ont pas été reconnus éligibles à l'assistance financière. Les patients reconnus éligibles à l'assistance financière ne paieront pas plus que le Montant d'assistance financière à tarif réduit.
Mesures de Recouvrement Extraordinaires	Les activités de recouvrement extraordinaires sont celles nécessitant une procédure légale ou judiciaire, ou impliquant la vente de la dette d'un individu à une autre partie ou la communication d'informations défavorables sur l'individu aux agences de rapport de crédit.
Revenu familial	Établi à partir des derniers bulletins de salaire et déclarations de revenus.
Federal Poverty Level (FPL, selon l'acronyme anglais)	Les directives les plus récentes, adoptées périodiquement par le Department of Health and Human Services fédéral pour déterminer l'éligibilité financière à divers programmes, selon la taille du foyer, applicables en Californie.
Patient financièrement éligible	« Patient financièrement éligible » s'entend d'un patient qui remplit les conditions suivantes : 1. Un patient auto-payeur selon la définition du point (f), ou un patient ayant des frais médicaux élevés selon la définition du point (g). 2. Un patient dont le revenu familial ne dépasse pas 400 % du Federal Poverty Level
Garant	Personne ayant la responsabilité financière des soins de santé du patient, généralement le parent ou tuteur légal.
Situation de sans-abri	On considère qu'une personne est sans-abri si elle vit : (Source : HUD gov. offices) 1. Dans un lieu non conçu pour l'habitation rues, voitures, bâtiments abandonnés, parcs. 2. Dans un refuge d'urgence 3. Dans un logement transitoire ou de soutien (pour personnes venant de la rue ou d'un refuge) et ; 4. Dans l'un de ces lieux, mais actuellement hospitalisée ou institutionnalisée à court terme (≤ 30 jours) Ou si elle : 5. Est expulsée d'un logement privé dans la semaine. 6. Sort d'un établissement qui ne lui prévoit pas de logement post-hospitalisation dans la semaine.

	<p>7. Est victime de violences familiales et ne dispose pas d'un environnement de vie sécurisé.</p> <p>8. Ou n'a aucun logement identifié ni ressources ou réseau pour trouver un hébergement.</p>
Famille du patient	<p>(1) Pour une personne de 18 ans ou plus : conjoint, partenaire domestique, enfants à charge de moins de 21 ans (qu'ils vivent au foyer ou non), et enfants handicapés de tout âge.</p> <p>(2) Pour les personnes de moins de 18 ans : le parent, le responsable légal, et tout enfant de moins de 21 ans sous leur garde.</p> <p>(3) Pour les patients (1) de moins de 18 ans ou (2) âgés de 18 à 20 ans et étant des enfants à charge, la famille du patient inclut également les autres enfants à charge des parents du patient ou des proches responsables, à condition que ces autres enfants soient handicapés.</p>
Frais médicaux élevés du patient	<p>Un patient ayant des frais médicaux élevés désigne une personne dont le revenu familial ne dépasse pas 400 % du Federal Poverty Level tel que défini au point (b). Aux fins de cette définition, « frais médicaux élevés » correspond à l'une des situations suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frais médicaux personnels annuels à l'hôpital excédant le moindre de 10 % du revenu familial actuel ou celui des 12 mois précédents. 2. Dépenses personnelles annuelles dépassant 10 % du revenu familial, si le patient fournit la preuve des frais médicaux payés par lui ou sa famille au cours des 12 mois précédents. 3. Un seuil inférieur fixé par l'hôpital selon sa politique d'aide caritative.
Plan de paiement raisonnable	<p>Correspond à des versements mensuels n'excédant pas 10 % du revenu familial mensuel, après déduction des dépenses de subsistance essentielles. Les « dépenses de subsistance essentielles » comprennent notamment le loyer ou frais d'habitation, l'alimentation, les fournitures ménagères, les services publics et le téléphone, l'habillement, les dépenses médicales et dentaires, les assurances, les frais de scolarité ou de garde d'enfants, les soutiens familiaux ou conjugaux, le transport et les dépenses automobiles (assurance, carburant, réparations), les paiements échelonnés, l'entretien du linge et d'autres dépenses exceptionnelles.</p>
Patient auto-payeur	<p>Un patient qui remplit les critères suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pas d'assurance tierce • Pas de Medi-Cal • Aucune blessure indemnisable aux fins de l'indemnisation des travailleurs, de l'assurance automobile ou d'autres assurances telles que déterminées et documentées par l'hôpital.
Montant total facturé	<p>Correspond au tarif hospitalier intégral pour les services prodigués</p>
Efforts raisonnables	<p>Ensemble d'actions qu'un organisme de soins doit entreprendre pour déterminer l'éligibilité d'une personne selon la Politique d'assistance financière (FAP, selon l'acronyme anglais) de Scripps. En général, les démarches raisonnables incluent la remise d'informations écrites et orales sur la FAP, le formulaire de demande ou les politiques de Scripps</p>