

	Politique et procédure du Terrebonne General Medical Center	
Titre: Programme d'aide financière	N° de contrôle :	Version : 2
Remplace : v.1 du Programme d'aide financière		
Décisionnaire : Jennifer Sevin (Directrice - Services responsables des patients)		
Réviseurs : Cory Leonard (Médecin - Directeur du programme), Dean Verret (Directeur des Services financiers aux patients), Joann Cannata (Agent de conformité)		
Approbateurs : Diane Yeates (Directrice d'exploitation) Administration	Date d'approbation :	Date de dernière révision : 13/06/2018

Objectif :

Une partie intégrante de la norme de prestation communautaire du Terrebonne General Medical Center (TGMC) offre actuellement une aide financière aux résidents de la Louisiane. Cette politique définit les directives d'aide financière pour la fourniture de services médicalement nécessaires admissibles, gratuits ou à prix réduits, aux patients qui répondent à certains critères d'éligibilité et démontrent leur incapacité à payer.

Politique :

TGMC s'engage à fournir une aide financière pour les soins d'urgence et médicalement nécessaires aux personnes qui ne sont pas assurées, sous-assurées ou non éligibles à un programme gouvernemental, ou autrement incapables de payer, et qui sont jugées éligibles à une aide financière conformément à cette politique. TGMC fournira aux personnes, sans aucune discrimination, des soins visant des états médicaux d'urgence, indépendamment de leur capacité à payer. Les patients jugés éligibles à l'aide financière ne seront pas exclus des soins médicalement nécessaires.

En outre, les patients sont sensés se plier aux procédures de TGMC pour l'obtention d'une aide financière ou d'autres formes de paiements, et contribuer aux coûts de leurs soins en fonction de leurs capacités individuelles à les régler.

L'octroi de l'aide financière sera basé sur une détermination individuelle du besoin financier et ne prendra pas en compte l'âge, le sexe, la race, le statut social, l'orientation sexuelle ou l'appartenance religieuse.

Procédure :

A. Éligibilité à l'aide financière

1. L'aide financière s'applique uniquement à la responsabilité du patient, y compris, sans toutefois s'y limiter, aux franchises, quote-parts, coassurances, et concerne les résidents de Louisiane détenant un numéro de sécurité sociale ou une carte de séjour en cours de validité.
2. L'éligibilité à l'aide financière est déterminée sur la base du revenu du ménage, de ses biens et de la taille de la famille.
3. TGMC fournira une réduction en aide financière de 100 % pour les services admissibles aux patients dont le revenu du ménage est au plus à 150 % par rapport aux directives du Seuil Fédéral de Pauvreté (FPL).
4. Les patients dont le revenu du ménage dépasse 150 % du FPL peuvent être éligibles à bénéficier d'un taux réduit sur la base d'une échelle variable établie pour fournir une aide partielle aux patients éligibles. Les critères de l'échelle variable basés sur le FPL sont énumérés à l'Annexe A.
 - i. TGMC fournit aux patients/garants, suite à leur demande, la possibilité de passer des accords de paiement (politique distincte). Cependant, ces accords de paiement sont également soumis à la politique de perception de TGMC et ne dépassent pas deux ans selon le solde dû après l'application des ajustements contractuels.
5. Les patients dont le revenu du ménage dépasse 300 % du FPL peuvent être éligibles à bénéficier de taux réduits au cas par cas selon les circonstances, tel qu'une maladie très grave ou une indigence médicale, et ce à la seule discrétion de TGMC.
6. Si les patients ne respectent pas le processus d'évaluation de la couverture Medicaid et de l'aide financière, ils seront exclus de l'éligibilité à l'aide financière.
7. Dans le cas d'informations ultérieures indiquant que les informations fournies à TGMC seraient inexactes, des modifications devront être apportées aux taux réduits précédemment accordés.

B. Les services disponibles pour l'aide financière en vertu de cette politique sont les suivants :

- i.
 1. Les frais techniques facturés par TGMC, à l'exception des services prépayés à prix fixe.
 2. Exclue pas les services professionnels fournis par les prestataires cités dans l'Annexe B.
 3. Inclue les services professionnels fournis par les prestataires cités dans l'Annexe E.

C. Méthodes de soumission d'une demande d'aide financière par les patients

1. Les demandes d'aide financière peuvent être faites en contactant les conseillers financiers de TGMC par téléphone, courriel, fax ou courrier postal, ou en se rendant au département des Services financiers aux patients dans les locaux de TGMC.

- i. Le besoin financier sera déterminé par une évaluation individuelle et comportera les éléments suivants :
 1. Un processus de demande (« Annexe D ») auquel le patient ou le garant du patient doit coopérer et fournir tous documents et informations personnels, financiers et autres pertinents pour évaluer le besoin financier.
 - a. La demande d'aide financière est nécessaire pour fournir d'autres renseignements afin de permettre un examen plus approfondi des approbations ;
 - b. Les documents suivants sont requis, le cas échéant
 - i. Une copie de la plus récente déclaration fiscale soumise OU une copie des trois (3) derniers bulletins de paie pour vous-même et votre co-postulant.
 1. Si vous êtes sans emploi, veuillez fournir une lettre de votre dernier employeur OU une copie de l'avis d'attribution d'une allocation chômage OU une lettre de refus d'allocation chômage du département de travail concerné
 - ii. Les relevés bancaires des 2 derniers mois pour vous-même et votre co-postulant.
 - iii. Une copie de l'avis d'allocation de chômage mensuelle par l'administration de la Sécurité sociale
 - iv. Une copie de l'avis mensuel d'indemnité d'invalidité
 - v. Une copie de la carte/information d'une assurance maladie
 - vi. Tout autre revenu :
 1. Pension alimentaire pour enfants/époux
 2. Biens locatifs
 3. Revenus d'investissement
 - vii. Détermination du refus d'accès à Medicaid
 - viii. Preuve d'enfants à charge (certificats de naissance ou dernière déclaration fiscale)
 2. Inclut des efforts raisonnables par TGMC pour explorer d'autres sources adéquates de paiement et de couverture par des programmes d'aide publics et privés ; ou
 3. Inclut un examen des créances en souffrance pour des services

- antérieurs fournis et l'historique des paiements du patient.
2. Les demandes d'aide financière sont traitées par épisode de soins. Un patient dispose de 150 jours après la date d'envoi de la première facture au client pour un épisode de soins pour demander l'aide financière.
 3. Le processus d'approbation consiste en une recommandation par le directeur des Services financiers aux patients sur la base d'un examen du contenu du dossier de la demande. Le directeur d'exploitation de TGMC prendra une décision finale pour autoriser des taux réduits de 1 500 \$ et plus après examen de la recommandation précédente. Le directeur des Services financiers aux patients prendra une décision finale pour autoriser des taux réduits inférieurs à 1 500 \$.

D. Montants facturés aux patients

1. Les patients bénéficiant de l'aide financière ne doivent pas payer plus pour les mêmes services normalement facturés aux patients assurés. La réduction de l'aide financière calculée représente le rapport moyen du débiteur en évaluant les paiements Medicare et commerciaux réels et estimés (y compris la part du client) sur la période des douze derniers mois comme illustré plus en détail à l'Annexe C.

E. Éligibilité présumée à l'aide financière

1. Peuvent être considérées éligibles dans les situations suivantes :
 - i. Les bénéficiaires du Medicaid avec responsabilité financière pour des services médicalement nécessaires ;
 - ii. Les personnes mentalement ou physiquement incapables de fournir des documents et n'ayant aucun proche connu, ni aucune autre forme d'aide ;
 - iii. Les personnes décédées sans patrimoine apparent ou époux financièrement capable de s'acquitter de la dette ;
 - iv. Les personnes dont l'identité ne peut pas être établie ;
 - v. Les personnes incarcérées ;
 - vi. Les personnes itinérantes sans domicile fixe.

F. Mesures de facturation et de perception

1. La politique de facturation et de perception et des exemplaires traduits peuvent être obtenus gratuitement d'une des manières suivantes :
 - i. En ligne sur <http://www.tgmc.com/patients-visitors/financial-services/> ou ;
 - ii. Sur demande écrite adressée à l'attention du Terrebonne General Medical Center : Financial Counselor, 8166 Main Street, Houma, Louisiana 70360.
2. TGMC n'imposera aucune mesure extraordinaire de perception, tel que saisie sur salaire, privilèges sur résidences principales ou toute autre

action légale à l'égard des patients sans faire des efforts raisonnables pour informer les patients de la disponibilité de l'aide financière.

G. La communication du programme d'aide financière figure sur les relevés des factures des clients, sur le site Web de TGMC, ou peut être obtenue en se rendant ou en appelant les Services financiers aux patients dans les locaux de TGMC.

Application et exceptions :

A. Le non respect de cette politique peut entraîner des mesures disciplinaires progressives allant jusqu'au renvoi des employés ou la résiliation du contrat ou la fin de service pour le personnel tiers, les étudiants ou les volontaires.

Définitions :

A. Conditions médicales d'urgence - Définies dans le cadre des dispositions de la section 1867 de la Loi sur la sécurité sociale (Social Security Act).

B. Paiements anticipés - Toutes les réclamations autorisées par les assureurs.

C. Revenu du ménage - Défini par le Bureau de recensement, incluant les revenus, les indemnités de chômage, la rémunération du travailleur, la sécurité sociale, le programme Supplemental Security Income, l'aide publique, les allocations aux vétérans, les prestations aux survivants, la pension ou le revenu de retraite, les intérêts, les dividendes, les loyers, les droits d'auteurs, les revenus de biens immobiliers, les fiducies, l'aide aux études, la pension alimentaire, les pensions alimentaires pour enfants, l'aide provenant de sources hors du ménage, et diverses autres sources sur une base avant impôt. Les cas suivants sont exclus du calcul en tant que revenu du ménage par le Bureau de recensement :

a. Les bénéfices non monétaires (tels que les coupons alimentaires et les allocations logement) ;

b. Les gains ou pertes en capitaux ; et

c. Les revenus provenant de personnes non-apparentées telles que les colocataires.

D. Seuil Fédéral de Pauvreté (FPL) - Le montant minimum défini du revenu brut dont une famille a besoin pour sa nourriture, son habillement, ses transports, son hébergement et autres nécessités, variable selon la taille de la famille comme indiqué par le Département de la Santé et des Services humains.

E. Charges brutes - Les charges totales à plein tarif établies par le prestataire pour la fourniture de soins au patient avant que les déductions de revenu ne soient appliquées.

F. Médicalement nécessaire - Services raisonnables et nécessaires pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure. La nécessité médicale sera déterminée par le médecin traitant.

G. Part du client - Le montant dont le patient est financièrement responsable après l'application de l'assurance sur la facture des services rendus.

H. Services professionnels - Services fournis par un médecin ou un professionnel clinicien.

- I. Remise sur les services non assurés - Une remise appliquée aux montants dus par les patients pour des services non couverts par l'assurance.
- J. Services techniques - Équipement, fournitures ou services.
- K. Sous-assuré - Un patient ayant une forme d'assistance de tiers mais qui paie toujours de sa poche des dépenses qui dépassent sa capacité de payer.
- L. Non assuré - Un patient n'ayant aucune forme d'assistance tierce pour l'aider à s'acquitter de sa responsabilité financière pour des services médicaux.

Données de référence :

Voir les Annexes A-D

Références :

Références externes :

HFMA 501(c)(3) Politique et procédure des soins hospitaliers de bienfaisance

Mesure de la pauvreté du Bureau de recensement

<https://www.census.gov/hhes/www/poverty/about/overview/measure.html>

42.U.S.C. 1395dd

26 U.S.C. 501, voir aussi 26 CFR section 1, 53 et 602, Autres exigences pour les hôpitaux de bienfaisance ; Règle finale

ANNEXE A.

Terrebonne General Medical Center – Taux réduits de l'échelle variable du Seuil Fédéral de Pauvreté

			% Responsabilité du patient										
			Revenu mensuel x150%/ 12										
Taille de la famille	Directives sur la pauvreté	Revenu annuel x150%	0%	5%	10%	15%	20%	25%	30%	35%	40%	45%	50%
1	\$12,760	\$19,140	\$1,595	\$1,699	\$1,802	\$1,906	\$2,010	\$2,113	\$2,217	\$2,321	\$2,424	\$2,528	\$2,632
2	\$17,240	\$25,860	\$2,155	\$2,295	\$2,435	\$2,575	\$2,715	\$2,855	\$2,995	\$3,136	\$3,276	\$3,416	\$3,556
3	\$21,720	\$32,580	\$2,715	\$2,891	\$3,068	\$3,244	\$3,421	\$3,597	\$3,774	\$3,950	\$4,127	\$4,303	\$4,480
4	\$26,200	\$39,300	\$3,275	\$3,488	\$3,701	\$3,914	\$4,127	\$4,339	\$4,552	\$4,765	\$4,978	\$5,191	\$5,404
5	\$30,680	\$46,020	\$3,835	\$4,084	\$4,334	\$4,583	\$4,832	\$5,081	\$5,331	\$5,580	\$5,829	\$6,078	\$6,328
6	\$35,160	\$52,740	\$4,395	\$4,681	\$4,966	\$5,252	\$5,538	\$5,823	\$6,109	\$6,395	\$6,680	\$6,966	\$7,252
7	\$39,640	\$59,460	\$4,955	\$5,277	\$5,599	\$5,921	\$6,243	\$6,565	\$6,887	\$7,210	\$7,532	\$7,854	\$8,176
8	\$44,120	\$66,180	\$5,515	\$5,3873	\$6,232	\$6,590	\$6,198	\$6,949	\$7,307	\$7,666	\$8,024	\$8,741	\$9,100
			100%	95%	90%	85%	80%	75%	70%	65%	60%	55%	50%
Ajustement du %													

Responsabilité du patient (%)										
Taille de la famille	55%	60%	65%	70%	75%	80%	85%	90%	95%	100%
1	\$2,735	\$2,839	\$2,943	\$3,046	\$3,150	\$3,254	\$3,357	\$3,461	\$3,565	\$3,669
2	\$3,696	\$3,836	\$3,976	\$4,116	\$4,256	\$4,396	\$4,536	\$4,676	\$4,816	\$4,957
3	\$4,656	\$4,833	\$5,009	\$5,186	\$5,362	\$5,539	\$5,715	\$5,892	\$6,068	\$6,245
4	\$5,617	\$5,830	\$6,042	\$6,255	\$6,468	\$6,681	\$6,894	\$7,107	\$7,320	\$7,533
5	\$6,577	\$6,826	\$7,076	\$7,325	\$7,574	\$7,823	\$8,073	\$8,322	\$8,571	\$8,820
6	\$7,537	\$7,823	\$8,109	\$8,394	\$8,680	\$8,966	\$9,251	\$9,537	\$9,823	\$10,109
7	\$8,498	\$8,820	\$9,142	\$9,464	\$9,786	\$10,108	\$10,430	\$10,752	\$11,074	\$11,397
8	\$9,458	\$9,817	\$10,175	\$10,534	\$10,892	\$11,251	\$11,609	\$11,968	\$12,326	\$12,685
	45%	40%	35%	30%	25%	20%	15%	10%	5%	0%
Ajustement du %										

ANNEXE B.**Terrebonne General Medical Center-**

Les frais pour services professionnels rendus par les pratiques des prestataires de soins énumérés ci-dessous ne sont pas couverts par la Politique d'aide financière de TGMC.

Acadia Plastic Surgery Clinic
Advanced OB/GYN
All Industrial Medical Services
Bayou Surgical Specialists
Cardiothoracic and Vascular Surgical Specialists
Cardiovascular Institute of the South
Cardiovascular Clinic: Richard Dearman, M.D.
Care & Comfort OB/GYN
Charon Gentile, M.D.
Children's Hospital New Orleans- Orthopedics
Children's Hospital New Orleans- Pediatric Cardiology
Coastal Orthopedic Specialists, LLC
Culicchia Neurological Clinic
David C. Blythe, DDS
Davuluri Childrens Clinic
Dermatology & Allergy Clinic
Dr. David A. Sisam
Dr. Fadi Abou-Issa
Dr. Gregory Maidoh
Dr. Steven Zuckerman
Dr. Waybrun J. Hebert, III, DPM
EMCARE
Endocrinology Care TGMC
Family Doctor Clinic
Family Foot Clinic
Gastroenterology Center Of South
Grafton Dermatology
Gulf Coast Orthopedics
Gulf Coast Surgical Center
Hagen, Beyer, Simon ENT Clinic
Haydel Asthma & Allergy Clinic
Haydel Dermatology
Haydel Family Practice
Haydel Spine Pain & Wellness
Haydel Surgical Specialists
Headache & Pain Center
Houma Digestive Health Specialists
Houma Family Practice Clinic
Houma Health Clinic
Houma OB-GYN Clinic
Houma Radiology Associates
Houma Surgi-Center & Urology Clinic
Howard W. Russell, MD OBGYN

Internal Medicine Clinic Of Houma
Internal Medicine Specialists
Irving M. Blatt, MD
Jeffrey P. Long, MD
Kidney & Hypertension Center
Kidney Center Of South LA
Lafayette Health Ventures, Inc. - Dr. David Weir
LSU Health Network- Uptown
LSU Health New Orleans - School of Medicine
Mace F. Scott, MD
Mary Bird Perkins Cancer Center
Monica V. Benson, MD
Nicole McKee, MD
Ochsner Health Center - Elmwood
Ochsner Health Center for Children
Ochsner Health Center-Covington
Ochsner Leonard J. Chabert Medical Center
Ochsner Maternal Fetal
Ochsner Medical Center
Ochsner Telestroke
Omni Care Medical Clinic
Oral-Facial Surgery Center
Patrick Hagen, MD ENT
Premier OB-GYN Specialists
Ralph J. Bourgeois, MD
Satyr Clinical Services, Inc.
SLMA-CHC Houma
SLMA-CHC Morgan City
South Louisiana Medical Associates
South Louisiana Rheumatology & Pain Clinic
Southeast Neuroscience Center
Southern E.N.T. Associates
Southern GYN Specialty Center
Terrebonne Pediatric & Teen Clinic
TGMC Pediatrics
TGMC Pulmonary Care
The Heart and Vascular Clinic of Acadiana
Thibodaux Urology Specialists
Tri-Parish Orthopedic & Neurosurgical Institute
Watkins Family Medicine
William H. St. Martin, M.D. Family Medicine
Women's Health Specialists

Annexe C.

Terrebonne General Medical Center – Politique financière des remises sur les montants généralement facturés

Installa	Taux de remise calculé
Terrebonne General Medical Center	31.79%

ANNEXE D.

Terrebonne General Medical Center – Formulaire de demande

[Demande pour bénéficier du Programme d'aide financière](#)

Attestation

- Je déclare avoir respecté le processus d'évaluation du **Programme d'aide financière (« FAP ») de Terrebonne General Medical Center** afin de déterminer si je pourrais être éligible à d'autres ressources (COBRA, Sécurité sociale, Medicaid, et Victim of Crime).
- Je comprends que, si je ne respecte pas le processus d'éligibilité au FAP ou autre processus de demande applicable, je ne serai pas éligible à l'aide financière.
- Je comprends que les soldes dus à des services qui ne sont pas médicalement nécessaires, tels que des services purement facultatifs ou esthétiques, ne sont pas éligibles à l'aide financière, et que je n'ai pas inclus de tels montants dans cette demande.
- Si j'ai inclus des montants dus à des services purement facultatifs ou esthétiques, ils ne seront pas pris en considération. S'ils sont ajustés par erreur, ils seront rétablis à leur valeur d'origine.
- Le cas échéant, j'ai fourni ma carte d'assurance la plus récente/à jour avec des renseignements appropriés pour soumettre des réclamations antérieures, présentes et à venir.
- J'ai fourni tous les documents requis à la page 1 de cette demande. Je certifie que toutes les informations fournies, ainsi que toutes les pièces justificatives, sont exactes et véridiques au mieux de mes connaissances et de ma capacité.

Nom (en caractères d'imprimerie)

Signature

Date de la demande

Téléphone/Contact

Adresse (Rue, Ville, État, Zip)

