

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 1 de 26

1.0 Énoncé de politique

Kaiser Foundation Health Plans (KFHP) et Kaiser Foundation Hospitals (KFH) s'engagent à offrir des programmes qui facilitent l'accès des populations vulnérables aux soins. Cet engagement inclut la fourniture de l'aide financière aux patients admissibles à faible revenu, non assurés et sous-assurés, lorsque la capacité de paiement est une barrière à l'accès aux soins d'urgence et médicalement nécessaires.

2.0 Objectif

Cette politique décrit les critères d'admissibilité et de réception de l'aide financière pour l'accès aux services d'urgence et médicalement nécessaires au travers du programme d'aide financière pour l'accès aux services de santé (Medical Financial Assistance, MFA). Ces critères sont conformes à la Section 501(r) du Code américain des taxes intérieures et à la réglementation nationale applicable se rapportant aux services admissibles, aux conditions d'accès, aux critères d'admissibilité au programme, à la structure des aides MFA, à la base du calcul des montants des aides et aux mesures permises en cas de non-paiement des frais médicaux.

3.0 Portée

3.1 Cette politique s'applique aux employés qui travaillent pour le compte des établissements suivants et de leurs filiales (désignés collectivement comme «KFHP/H») :

3.1.1 Kaiser Foundation Health Plan, Inc.

3.1.2 Kaiser Foundation Hospitals ; et

3.1.3 filiales de KFHP/H.

3.2 Cette politique s'applique aux Kaiser Foundation Hospitals, et aux cliniques affiliées aux hôpitaux figurant dans *les Avenants pour Kaiser Permanente Régions, Annexes 1-8*.

4.0 Définitions

Voir *Annexe B – Glossaire des termes*.

5.0 Dispositions

KFHP/H soutient un programme MFA lié aux ressources pour réduire les barrières financières qui empêchent les patients admissibles d'avoir accès aux soins d'urgence et médicalement nécessaires, nonobstant les paramètres suivants : l'âge, l'invalidité, le sexe, la race, l'appartenance religieuse, le statut social ou d'immigrant, l'orientation sexuelle, l'origine nationale et le fait que le/la patient(e) bénéficie d'une couverture médicale.

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 2 de 26

5.1 Services admissibles et non admissibles aux termes de la politique MFA.

5.1.1 Services admissibles. La MFA peut s'appliquer à certains (1) services de soins de santé d'urgence ou médicalement nécessaires ; (2) aux services et produits pharmaceutiques ; et (3) aux fournitures médicales offerts par les établissements Kaiser Permanente (KP) (par ex. hôpitaux, cliniques affiliées aux hôpitaux, centres médicaux et cabinets médicaux), les pharmacies ambulatoires KFHP/H ou les prestataires KP, comme décrit ci-dessous :

5.1.1.1 Services médicalement nécessaires. Les soins, traitements ou services demandés ou fournis par un fournisseur KP, qui sont nécessaires à la prévention, l'évaluation, le diagnostic ou le traitement d'un état pathologique, et qui ne s'avèrent pas essentiellement pratiques pour le patient ou le fournisseur de soins de santé.

5.1.1.2 Ordonnances et fournitures pharmaceutiques. Les ordonnances rédigées par des prestataires KP et présentées dans une pharmacie accueillant les patients externes KFHP/H, les prestataires de services d'urgence non KP, les prestataires de soins d'urgence non KP, les fournisseurs contractuels KP, un Docteur en médecine dentaire (DMD) et un Docteur en chirurgie dentaire (DCD).

5.1.1.2.1 Médicaments génériques. Le recours aux médicaments génériques est privilégié, si possible.

5.1.1.2.2 Médicaments de marque. Les médicaments de marque prescrits par un prestataire KP sont admissibles si :

5.1.1.2.2.1 "Exécuter tel que rédigé" (Dispense as Written, DAW) est mentionné sur l'ordonnance, ou

5.1.1.2.2.2 aucun équivalent générique n'est disponible.

5.1.1.2.3 Médicaments sans ordonnance ou fournitures pharmaceutiques. Ces produits sont admissibles si :

5.1.1.2.3.1 Un prestataire KP a rédigé la prescription ou la demande.

5.1.1.2.3.2 L'article est délivré par une pharmacie d'officine KP ; et

5.1.1.2.3.3 L'article est régulièrement disponible dans la pharmacie KP.

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 3 de 26

5.1.1.2.4 Bénéficiaires de Medicare. Cette disposition s'applique aux bénéficiaires de Medicare pour les médicaments sur ordonnance couverts par la Partie D du programme Medicare sous la forme d'une renonciation de la pharmacie.

5.1.1.2.5 Médicaments dentaires. Les médicaments médicalement nécessaires pour les patients ambulatoires prescrits par un DMD ou un DCD pour le traitement des services dentaires.

5.1.1.3 Équipement médical durable (Durable Medical Equipment, DME). Commandé par un prestataire KP conformément aux directives DME et fournir par KFHP/H à un(e) patient(e) qui remplit les critères médicalement nécessaires. Limité aux articles régulièrement disponibles dans les établissements KP.

5.1.1.4 Cours de formation en santé. Les frais connexes aux cours disponibles prévus et offerts par KP qui sont recommandés par un fournisseur KP en tant que volet du plan de soins du patient.

5.1.1.5 Services disponibles à titre exceptionnel. Dans certaines situations qui constituent une exception, MFA peut s'appliquer aux (1) services rendus par un établissement non-KP et (2) DME prescrit ou commandé par un prestataire KP et fournis par un contractuel/fournisseur comme décrit ci-dessous. Pour bénéficier de l'exception, le/la patient(e) doit remplir les critères de frais médicaux élevés décrits à la Section 5.6.2 ci-dessous.

5.1.1.5.1 Services infirmiers qualifiés, Services de soins intermédiaires. Fournis par un établissement KP contractuel à un(e) patient(e) présentant un besoin médical prescrit pour favoriser la sortie de l'hôpital d'un patient hospitalisé.

5.1.1.5.2 Équipement médical durable (DME). Approvisionnement d'DME commandé par un prestataire KP, conformément aux directives DME et livré par un fournisseur contractuel par l'intermédiaire du Service des DME de KFHP/H.

5.1.2 Services non admissibles. La MFA ne s'applique pas dans les cas suivants :

5.1.2.1 Les services qui ne sont pas considérés comme urgents ou médicalement nécessaires selon l'avis d'un prestataire KP. Voici une liste non exhaustive des exemples

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 4 de 26

de services qui ne sont pas urgents, ou pas médicalement nécessaires :

- 5.1.2.1.1** les chirurgies or services esthétiques, incluant les services de dermatologie effectués principalement aux fins d'améliorer l'apparence d'un(e) patient(e).
- 5.1.2.1.2** Traitements de l'infertilité et services relatifs comprenant les diagnostics.
- 5.1.2.1.3** Les fournitures médicales au détail.
- 5.1.2.1.4** Les thérapies non conventionnelles, y compris les services d'acupuncture, de chiropractie et de massage,
- 5.1.2.1.5** Les injections et dispositifs destinés au traitement de la dysfonction sexuelle,
- 5.1.2.1.6** Les services de maternité de substitution.
- 5.1.2.1.7** Les services relatifs aux affaires de responsabilité civile, de protection d'assurance personnelle ou d'indemnisation des accidentés du travail.
- 5.1.2.1.8** **Services pour les Patients avec l'Assurance santé non KP.** Les services hors secours et urgence et les fournitures de pharmacie ambulatoire qui sont couverts par la couverture de santé non KP du/de la patient(e) qui exigent de la part des patients de faire appel à un réseau spécifique de prestataires et de pharmacies non KP favoris.

5.1.2.2 Ordonnances et fournitures pharmaceutiques. Les ordonnances et fournitures pas considérées comme urgentes ou médicalement nécessaires comprennent, mais sans s'y limiter :

- 5.1.2.2.1** Les médicaments qui n'ont pas été approuvés par la Pharmacie et le Comité thérapeutique.
- 5.1.2.2.2** Les médicaments et fournitures sans ordonnance pas prescrits ou demandés par un prestataire KP.
- 5.1.2.2.3** Les médicaments et fournitures qui ne sont pas régulièrement disponibles dans la pharmacie KP et doivent être spécialement demandés.
- 5.1.2.2.4** Les ordonnances relatives aux affaires de responsabilité civile, de protection d'assurance

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 5 de 26

personnelle ou d'indemnisation des accidentés du travail.

5.1.2.2.5 Médicaments spécifiquement exclus (p. ex. fertilité, cosmétique, dysfonctionnement sexuel).

5.1.2.3 Ordonnances des participants admissibles ou inscrits au programme d'assistance aux patients à faible revenu (Low Income Subsidy, LIS) conformément aux dispositions de Medicare, Partie D. La quote-part restante des médicaments délivrés sur ordonnance aux participants bénéficiant du programme Medicare, Partie D, portant sur les prestations, qui sont soit admissibles au programme LIS, soit inscrits à ce programme, conformément aux directives liées aux Centres des services Medicare et Medicaid (Centers for Medicare & Medicaid Services, CMS).

5.1.2.4 Services fournis en dehors des établissements de santé KP. La politique MFA s'applique seulement aux services fournis dans les établissements KP, ou par des fournisseurs KP. Même en cas de recommandation de la part d'un fournisseur KP, tous les autres services ne sont pas admissibles à la MFA. Les services fournis dans les cabinets médicaux non KP, les établissements de soins et les services d'urgence non KP, aussi bien que les soins à domicile, les soins palliatifs, les soins de convalescence et les services de soins de garde sont exclus, sauf ceux identifiés comme une exception conformément à la Section 5.1.1.5 ci-dessus.

5.1.2.5 Équipement médical durable (DME). Un DME fourni par un sous-traitant est exclus, même s'il est demandé par un prestataire KP, sauf s'il est identifié comme une exception conformément à la Section 5.1.1.5 ci-dessus.

5.1.2.6 Services de transport et frais de déplacement. Le programme MFA n'aide pas les patients à payer le transport urgent ou non, ou les frais liés aux déplacements (p. ex. hébergement et repas).

5.1.2.7 Cotisations relatives au régime de soins médicaux. Le Programme MFA n'aide pas les patients à s'acquitter des frais liés à une protection en soins de santé (p. ex. les droits d'adhésion ou les cotisations).

5.1.3 Des informations complémentaires au sujet de services admissibles spécifiques à une région et des services et produits non admissibles figurent dans l'Avenant en question. Voir les *Avenants pour les régions Kaiser Permanente, Annexes 1-8*.

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 6 de 26

5.2 Prestataires. MFA s'applique seulement aux services admissibles fournis par les professionnels de santé auxquels la politique MFA s'applique. Voir les *Avenants pour les régions Kaiser Permanente, Annexes 1-8*.

5.2.1 Sources de renseignements sur le programme et modalités d'inscription à la MFA. Des informations complémentaires sur le programme MFA et les modalités de demande sont résumées dans l'Avenant en question. Voir les *Avenants pour les régions Kaiser Permanente, Annexes 1-8*.

5.2.2 Sources de renseignements sur le programme. Des copies de la politique MFA, des formulaires de demande, les directives et des résumés clairs et simples (résumés de la politique ou brochures du programme) sont disponibles au grand public, gratuitement, sur le site Internet de KFHP/H, par courriel, en personne ou par le service postal américain.

5.2.3 Modalités d'inscription à la MFA. Pour présenter une demande d'inscription au programme MFA, un(e) patient(e) est tenu(e) de démontrer un besoin immédiat causé par une facture pour un solde impayé pour les services KP, un rendez-vous fixé avec KP, ou une ordonnance pharmaceutique commandées par un prestataire KP pour les services admissibles comme décrit ci-dessus. Un(e) patient(e) peut postuler pour le programme MFA selon plusieurs modalités, en ligne, en personne, au téléphone ou par demande papier.

5.2.3.1 Programme MFA KP. Les patients sont tenus de présenter leur demande pour le programme MFA à la zone de service où ils reçoivent des services de la part de KP.

5.2.3.2 Examen des patients en vue de l'admissibilité au programme public et privé. KFHP/H encourage chacun à obtenir une couverture d'assurance santé pour garantir l'accès aux services de soins de santé, pour la santé personnelle générale et pour protéger les biens des patients. KFHP/H aidera les patients non assurés ou ses garants à identifier et à s'inscrire aux programmes d'assistance disponibles, y compris Medicaid et la couverture disponible via l'Échange de prestations santé de Washington. Un(e) patient(e) présumé(e) admissible à Medicaid ou à la couverture disponible sur l'Échange de prestations santé est amené(e) à déposer une demande d'inscription à ces programmes. Les patients avec une situation financière qui dépasse les paramètres d'admissibilité de revenu Medicaid n'auront pas à présenter de candidature pour Medicaid.

5.3 Renseignements nécessaires pour l'inscription à la MFA. Tous les renseignements personnels, financiers et autres renseignements sont requis pour la vérification de la situation financière d'un(e) patient(e), afin de déterminer son admissibilité à Medicaid et à la couverture subventionnée, ainsi que pour les

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 7 de 26

programmes de couverture médicale publics et privés. La situation financière d'un(e) patient(e) est vérifiée chaque fois que le/la patient(e) demande une aide.

5.3.1 Fourniture de renseignements financiers. Les patients sont tenus d'accompagner leur demande MFA avec des informations sur la taille du foyer et le revenu du foyer, cependant la soumission de la documentation financière permettant de vérifier la situation financière est facultative, sauf si KP l'exige spécifiquement.

5.3.1.1 Vérification de la situation financière sans documentation financière. Si la documentation financière n'est pas jointe à la demande MFA, la situation financière d'un(e) patient(e) sera vérifiée à l'aide de sources de données externes. Si la situation financière d'un(e) patient(e) ne peut pas être vérifiée à l'aide de sources de données externe, le/la patient(e) peut être enjoint(e) à soumettre la documentation financière décrite dans la demande de programme MFA pour permettre la vérification de sa situation financière.

5.3.1.2 Vérification de la situation financière avec documentation financière. Si la documentation financière est jointe à la demande MFA, l'admissibilité sera déterminée en fonction des informations fournies.

5.3.2 Fourniture d'informations complètes. L'admissibilité au programme MFA est déterminée dès la réception de tous les renseignements personnels, financiers et d'autres types de renseignements.

5.3.3 Renseignements incomplets. Un(e) patient(e) est informé(e) en personne, par la poste ou par téléphone si les renseignements exigés qui ont été reçus sont incomplets. Le/la patient(e) peut déposer les renseignements manquants dans un délai de 30 jours à compter de la date d'envoi de l'avis, de la conversation en personne ou de l'appel téléphonique. L'accès à la MFA peut être refusé pour renseignements incomplets.

5.3.4 Indisponibilité des renseignements exigés. Un(e) patient(e) qui ne possède pas les renseignements exigés qui sont décrits dans le formulaire de demande d'inscription au programme peut contacter KFHP/H pour discuter des autres documentations disponibles qui peuvent établir son admissibilité.

5.3.5 Indisponibilité des renseignements financiers. Un(e) patient(e) doit fournir des renseignements financiers de base (c'est-à-dire le revenu, le cas échéant, et la source) et attester de leur validité si (1) sa situation financière ne peut être vérifiée à l'aide de sources de données externes, (2) les renseignements financiers requis sont indisponibles et (3) il n'existe aucune autre documentation pouvant démontrer son admissibilité. Des renseignements financiers de base et une attestation sont exigés du/de la patient(e) dans les cas suivants :

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 8 de 26

5.3.5.1 Le/la patient(e) est sans-abri ou bénéficie de soins dans une clinique pour sans-abri.

5.3.5.2 Le/la patient(e) n'a pas de revenu, ne reçoit pas un bulletin de salaire formel de son employeur (à l'exception des travailleurs indépendants), reçoit des dons monétaires, ou n'était pas obligé(e) de soumettre une déclaration de revenus fédérale ou de l'État au cours de l'année d'imposition précédente.

5.3.5.3 Le/la patient(e) a été touché(e) par une catastrophe nationale ou régionale connue (Voir la Section 5.11 ci-dessous).

5.3.6 Coopération du/de la patient(e). Un(e) patient(e) doit faire des efforts raisonnables pour fournir tous les renseignements demandés. Si tous les renseignements demandés sont fournis, les circonstances peuvent être retenues dans la détermination de l'admissibilité.

5.4 Détermination de l'admissibilité présumée. L'aide financière peut être approuvée en l'absence d'une demande complète, dans des situations où le/la patient(e) a un solde impayé, n'a pas donné suite aux tentatives d'approche de KP, et n'a pas fait de demande, mais d'autres informations disponibles viennent corroborer la difficulté financière. En cas d'admissibilité, le/la patient(e) n'est pas tenu(e) de fournir des renseignements personnels, financiers ou d'autre nature pour vérifier la situation financière et se verra attribuer automatiquement une aide MFA. Le motif et les informations à l'appui pour la détermination d'admissibilité présumée seront documentés dans le compte du/de la patient(e) et des notes supplémentaires sur le/la patient(e) peuvent être incluses. Un(e) patient(e) est présumé(e) admissible et les exigences de documents sont levées si le/la patient(e) a été préqualifié(e) ou en cas d'indications de difficulté financière.

5.4.1 Préqualifié. Situations où il a été démontré qu'un(e) patient(e) est inscrit(e), ou a été déterminé(e) comme ayant potentiellement droit, aux programmes d'aide publics et privés cités ci-dessous, est présumé(e) admissible (c'est-à-dire préqualifié(e)) au programme MFA. Le/la patient(e) est considéré(e) comme préqualifié(e) si le/la patient(e) remplit l'un des critères suivants :

5.4.1.1 est inscrit(e) à un programme MFA communautaire (Community MFA, CMFA) pour lequel les patients ont bénéficié d'une recommandation et ont été préalablement jugés qualifiés par (1) le gouvernement fédéral, de l'État ou local, (2) une organisation communautaire partenaire ou (3) dans le cadre d'un programme de santé communautaire financé par KFHP/H.

5.4.1.2 est inscrit(e) à un programme de prestations communautaires KP conçu pour faciliter l'accès aux soins pour les patients à faible revenu et préalablement jugés qualifiés par le personnel KFHP/H désigné à cet effet.

5.4.1.3 est inscrit(e), ou est présumé admissible, à un programme de couverture médicale lié aux ressources crédible (par ex. : le

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 9 de 26

Programme d'assistance de Medicare aux patients à faible revenu).

5.4.1.4 est inscrit(e) à un programme d'assistance public lié aux ressources fiable (p. ex. programmes pour les femmes, enfants et nourrissons, programmes d'aide supplémentaire à la nutrition).

5.4.1.5 Réside dans un foyer à faibles revenus ou subventionné.

5.4.1.6 a reçu une aide MFA au cours des 30 derniers jours.

5.4.2 Indications de difficultés financières. Un(e) patient(e) qui a reçu des soins dans un établissement KP et en cas de difficultés financières (par ex. soldes impayés en souffrance peuvent être sélectionné(e)s pour l'admissibilité au programme à l'aide de sources de données externes. S'il/si elle admissible, le/la patient(e) bénéficiera d'une aide MFA uniquement pour les soldes impayés admissibles.

5.4.2.1 Détermination de l'admissibilité par KP. KP peut sélectionner les patients pour l'admissibilité au programme avant que leurs soldes impayés ne soient placés auprès d'une agence de recouvrement de créances.

5.4.2.1.1 Soldes autofinancés impayés. KP sélectionnera les patients qui ont été désignés pour le placement auprès d'une agence de recouvrement de créances pour l'admissibilité au programme selon des critères liés aux ressources comme décrit à la section *5.6 Critères d'admissibilité au programme*.

5.4.2.1.2 Indications de difficultés financières. Les informations financières pour certains patients avec des soldes impayés peuvent ne pas être disponibles pour déterminer l'admissibilité, mais d'autres indications de difficulté financière venues à la connaissance de KP peuvent permettre de déterminer un faible revenu. Les soldes admissibles s'appliqueront au programme MFA et ne feront pas l'objet d'autres mesures de recouvrement. Les indications de difficultés financières peuvent inclure, mais sans s'y limiter :

5.4.2.1.2.1 Le/la patient(e) est non-ressortissant(e) des États-Unis sans parrainage, numéro de sécurité sociale, ou adresses de facturation valables ; n'a pas communiqué son compte à KP, et des efforts raisonnables de

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 10 de 26

recouvrement prouvent que le/la patient(e) est dépourvu(e) de ressources financières ou matérielles dans son pays d'origine.

5.4.2.1.2.2 Le/la patient(e) a des soldes impayés pour des services KP préalablement fournis et a été dès lors incarcéré(e) en prison pendant une longue période ; n'est pas marié(e) ; il n'y a pas d'indications sur le revenu, et KP n'a pas pu contacter le/la patient(e).

5.4.2.1.2.3 Le/la patient(e) est décédé(e) sans succession/actifs, ou dossier d'un parent responsable des dettes.

5.4.2.1.2.4 Le/la patient(e) est décédé(e), et le testament ou la succession fait l'objet d'une procédure d'insolvabilité.

5.4.2.2 Détermination d'admissibilité par Agence de recouvrement de créances. Les soldes impayés qui ont placés auprès d'une agence de recouvrement de créances seront sélectionnés fréquemment pour l'admissibilité au programme et les difficultés financières.

5.4.2.2.1 Indications de difficultés financières. Les Agences de recouvrement de créances mèneront un audit indépendant des comptes des patients à l'aide des informations financières (par ex. faillites passées, dette non KP, historique de crédits, propension à payer etc.) et des considérations socio-économiques (par ex. propriété de logement) susceptibles de déterminer la difficulté financière. S'il/si elle admissible, le/la patient(e) bénéficiera d'une aide MFA uniquement pour les soldes impayés admissibles. Les soldes impayés admissibles seront retournés à KP, et s'appliqueront au programme MFA et ne feront pas l'objet d'autres mesures de recouvrement.

5.5 Critères d'admissibilité au programme. Tel qu'il est résumé à la Section V des avenants spécifiques à la région, un(e) patient(e) qui fait une demande d'inscription à la MFA peut être admissible à une aide financière en fonction de critères liés aux ressources ou aux frais médicaux élevés. Voir les *Avenants pour les régions Kaiser Permanente, Annexes 1-8*.

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 11 de 26

5.5.1 Critères liés aux ressources. Un(e) patient(e) est évalué(e) afin de déterminer si le/la patient(e) répond aux critères d'admissibilité liés aux ressources.

5.5.1.1 Admissibilité basée sur le niveau de revenus. Un(e) patient(e) dont le revenu brut du ménage est inférieur ou égal aux critères liés aux ressources KFHP/H en tant que pourcentage des Directives fédérales sur la pauvreté (Federal Poverty Guidelines, FPG) est admissible à l'aide financière. Les actifs ne sont pas considérés dans le test des ressources.

5.5.1.2 Revenu du ménage. Les exigences liées au revenu s'appliquent aux membres du ménage. Un ménage désigne un individu ou un groupe de deux ou plusieurs personnes liées par la naissance, le mariage ou l'adoption qui vivent ensemble. Les membres du foyer peuvent inclure les époux, les compagnons qualifiés, les enfants, les proches du soignant, les enfants des proches du soignant, et d'autres individus, époux, compagnon ou parent sous la responsabilité financière de l'individu qui résident dans le ménage.

5.5.2 Critères liés aux frais médicaux élevés. Un(e) patient(e) est évalué(e) afin de déterminer s'il ou si elle répond aux critères d'admissibilité liés aux frais médicaux élevés.

5.5.2.1 Admissibilité fondée sur les frais médicaux élevés. Un(e) patient(e), quel que soit le niveau de revenus bruts du ménage, dont les frais médicaux et pharmaceutiques remboursables engagées pour des services admissibles au cours de la période de 12 mois sont supérieurs ou égaux à 10% du revenu annuel du ménage est admissible à l'aide financière.

5.5.2.1.1 Frais remboursables KFHP/H. Les frais médicaux et pharmaceutiques engagés dans les établissements KP incluent les quotes-parts, les dépôts, la coassurance et les franchises liées aux services admissibles.

5.5.2.1.2 Frais remboursables non KFHP/H. Les frais médicaux, pharmaceutiques et dentaires engagés par le/la patient(e) dans des établissements non KP pour des services médicalement nécessaires admissibles (à l'exception de toute escompte ou montant radié) sont inclus. Le/la patient(e) doit fournir les pièces justifiant les frais médicaux pour les services reçus dans les établissements non KP.

5.5.2.1.2.1 Si le prestataire autre que KFHP/H où les frais sont engagés offre un programme d'aide financière

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 12 de 26

auquel le/la patient(e) peut avoir droit, alors les patients peuvent faire la demande avant que les frais ne soient assimilés à des frais médicaux admissibles.

5.5.2.1.3 Cotisations relatives au régime de soins médicaux. Les frais remboursables ne comprennent pas le coût afférent à une protection en soins de santé (par ex. les droits d'adhésion ou les cotisations).

5.6 Rejets et appels.

5.6.1 Rejets. Un(e) patient(e) qui présente une demande d'inscription au programme MFA sans répondre aux critères d'admissibilité est informé(e) par écrit que sa demande est rejetée.

5.6.2 Comment faire appel d'un rejet. Les patients qui se sont vu refuser la MFA, ou ont été approuvés et estiment avoir droit à une aide MFA plus élevée, peuvent faire appel de la décision. Les patients sont encouragés à faire appel s'ils (1) n'ont pas encore soumis la documentation financière ou si (2) le revenu de leur foyer a changé. Les directives à suivre pour aller jusqu'au bout du processus d'appel sont incluses dans la lettre de rejet MFA ainsi que sur le site Web MFA. Les appels sont étudiés par le personnel KFHP/H désigné à cet effet. Les patient/es sont informé/es par écrit de l'issue de leur appel. Toutes les décisions en appel sont définitives.

5.7 Structure de l'aide. Les aides MFA s'appliquent aux soldes impayés ou en souffrance, aux soldes placés auprès d'une agence de recouvrement de créances et aux frais en attente. Les aides MFA peuvent aussi comporter une période d'admissibilité pour tout service de suivi requis comme indiqué par un prestataire KP.

5.7.1 Base de l'aide. Le coût payé par le programme MFA est déterminé sur le fait que le/la patient(e) possède une protection en soins de santé et le revenu du ménage du/de la patient(e).

5.7.1.1 Patient(e) admissible à la MFA sans Couverture de soins de santé (non assuré/e). Un(e) patient(e) non assuré(e) admissible reçoit une réduction sur le coût supporté par le/la patient(e) pour tous les services admissibles.

5.7.1.2 Patient(e) admissible à la MFA avec Couverture en soins de santé (assuré/e). Un(e) patient(e) assuré(e) admissible reçoit une réduction sur la partie de la facture pour tous les services admissibles (1) pour lesquels il/elle est personnellement responsable et (2) qui ne sont pas payés par sa société d'assurance. Le/la patient(e) doit fournir des documents, tels que le Relevé des prestations (Explanation of

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 13 de 26

Benefits, EOB), en vue de la détermination de la partie de la facture qui n'est pas prise en charge par l'assurance. Un(e) patient(e) non assuré(e) admissible est tenu(e) de faire appel auprès de sa société d'assurance pour les réclamations refusées. Les patients assurés admissibles sont tenus de fournir la documentation du rejet d'appel de la part de leur société d'assurance.

5.7.1.2.1 Paiements reçus de la société d'assurance.

Un(e) patient(e) assuré(e) admissible doit céder par écrit à KFHP/H tout paiement reçu par le/la patient(e) de la part de sa société d'assurance pour les services fournis par KFHP/H.

5.7.1.3 Barème de remises. Les montants que KP facture au/à la patient(e) qui a droit à l'aide financière médicale dépend du type de critère d'admissibilité utilisé pour classer le/la patient(e) pour le programme. Des informations supplémentaires sur les remises disponibles en vertu de la politique sont résumées dans l'avenant en question. Voir les *Avenants pour les régions Kaiser Permanente, Annexes 1-8*.

5.7.1.3.1 Détermination de l'admissibilité présumée - Préqualifié.

Un(e) patient(e) qui est préqualifié(e) (comme résumé à la section 5.4.1) pour l'admissibilité MFA bénéficiera d'une remise MFA de 100% sur le coût ou la facturation supportés par le/la patient(e) pour les services pour lesquels le/la patient(e) est responsable.

5.7.1.3.2 Détermination d'admissibilité présumée par KP – Soldes autofinancés impayés.

Un(e) patient(e) qui remplit les critères liés aux ressources bénéficiera d'une remise en fonction du barème sur le coût ou la partie de facturation supportés par le/la patient(e) pour les services pour lesquels le/la patient(e) est responsable.

5.7.1.3.3 Détermination d'admissibilité présumée par KP – Indications de difficultés financières.

Un(e) patient(e) qui remplit les critères d'indications de difficultés financières bénéficiera d'une remise MFA de 100% sur le coût ou la partie de facturation supportés par le/la patient(e) pour les services pour lesquels le/la patient(e) est responsable.

5.7.1.3.4 Détermination d'admissibilité présumée par Agence de recouvrement de créances.

Un(e) patient(e) qui remplit les critères de difficultés

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 14 de 26

financières du fournisseur bénéficiera d'une remise MFA de 100% sur le coût ou la partie de facturation supportés par le/la patient(e) pour les services pour lesquels le/la patient(e) est responsable.

5.7.1.3.5 Le/la patient(e) remplit des critères liés aux ressources. Un(e) patient(e) qui remplit les critères liés aux ressources bénéficiera d'une remise MFA en fonction du barème sur le coût ou la partie de facturation supportés par le/la patient(e) pour les services pour lesquels le/la patient(e) est responsable.

5.7.1.3.6 Les patients remplissent les critères liés aux frais médicaux élevés. Un(e) patient(e) qui remplit les critères liés aux dépenses médicales élevées d'une remise MFA de 100% sur le coût ou la facturation supportés par le/la patient(e) pour les services pour lesquels le/la patient(e) est responsable.

5.7.1.4 Remboursements en vertu des règlements. KFHP/H exige le remboursement des règlements de la responsabilité civile/de la protection d'assurance personnelle, auprès des payeurs ou de toute autre partie juridiquement responsables, selon le cas.

5.7.2 Période d'admissibilité de l'aide. La période d'admissibilité pour les services de suivi commence à partir de la date d'approbation, ou de la date de prestation de services, ou de la date où les médicaments ont été administrés. La durée de la période d'admissibilité est limitée dans le temps et est déterminée à la discrétion de KP à plusieurs titres, notamment :

5.7.2.1 La période spécifique. Un maximum de 365 jours pour les services de suivi admissibles et les soldes de coûts impayés des patients identifiés avant le renvoi pour créance irrécouvrable.

5.7.2.2 Services infirmiers qualifiés, Services de soins intermédiaires. Un maximum de 30 jours de services fournis hors de KP.

5.7.2.3 Équipement médical durable. Un maximum de 180 jours pour l'équipement médical fourni par le fournisseur.

5.7.2.4 Série de traitements ou Épisode de soins. Un maximum de 180 jours pour une série de traitements et un épisode de soins comme indiqué par un prestataire KP.

5.7.2.5 Les patients potentiellement admissibles aux programmes de couverture médicale publics et privés.

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 15 de 26

Un maximum de 90 jours pour aider un(e) patient(e) dans sa demande pour les programmes de couverture de santé publics et privés.

5.7.2.6 Aide pharmaceutique unique. Avant de demander une inscription au programme MFA, un(e) patient(e) est admissible à une aide pharmaceutique unique s'il/elle (1) ne bénéficie pas d'une aide MFA active ou en attente ; (2) dépose une ordonnance rédigée par un prestataire KP auprès d'une pharmacie KFHP/H et (3) déclare son incapacité à payer les médicaments indiqués sur l'ordonnance, et (4) un conseiller financier n'est pas disponible pour déterminer l'admissibilité MFA. L'aide unique est disponible pour chaque patient(e) une seule fois, est limitée à un jour et inclut une provision raisonnable de médicaments telle qu'elle est déterminée médicalement appropriée par un prestataire KP.

5.7.2.7 Nouvelle présentation de demande d'aide financière. Début trente (30) jours avant la date d'expiration de l'aide existante et à tout moment ultérieur, un(e) patient(e) peut à nouveau postuler pour le programme.

5.7.3 Aide retirée, annulée ou modifiée. KFHP/H peut retirer, annuler ou modifier une aide MFA, dans certains cas, à sa discrétion. Ces cas incluent :

5.7.3.1 la fraude, le vol ou les changements financiers. Un cas de fraude, de fausse déclaration, de vol, de changement intervenu dans la situation financière d'un(e) patient(e) ou toute autre circonstance qui porte atteinte à l'intégrité du programme MFA.

5.7.3.2 L'admissibilité aux programmes de couverture médicale publics et privés. Un(e) patient(e) examiné(e) dans le cadre des programmes de couverture médicale publics et privés est présumé(e) admissible, mais ne suit pas le processus de demande d'inscription à ces programmes.

5.7.3.3 Autres sources de paiement déterminées. La détermination d'une couverture médicale ou d'autres sources de paiement après qu'un(e) patient(e) obtient une aide MFA entraîne une nouvelle facturation rétroactive des frais pour les services admissibles. Si cela se produit, le/la patient(e) ne reçoit pas de facture correspondant à cette portion d'une facture 1) pour laquelle le/la patient(e) est personnellement responsable et 2) qui n'est pas payée par sa couverture médicale ou une autre source de paiement.

5.7.3.4 Modification de la couverture médicale. Un(e) patient(e) dont la protection en soins de santé est modifiée devra

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 16 de 26

présenter une nouvelle demande d'inscription au programme MFA.

5.7.3.5 Changement du revenu du ménage. Un(e) patient(e) dont le revenu du ménage change devra présenter une nouvelle demande d'inscription au programme MFA.

5.8 Restrictions liées aux frais. Il est interdit de facturer aux patients admissibles au programme MFA le montant total en dollars (c'est-à-dire les frais globaux) pour des services hospitaliers admissibles rendus à un établissement de Kaiser Foundation Hospital. Un(e) patient(e) qui a reçu des services hospitaliers admissibles à un établissement de Kaiser Foundation Hospital et qui est admissible au programme MFA, mais qui n'a pas reçu ou a refusé une aide MFA, ne doit pas recevoir de facture d'un montant supérieur aux sommes généralement facturées (amounts generally billed, AGB) pour ces services.

5.8.1 Sommes généralement facturées. Les sommes généralement facturées (AGB) pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires fournis à des individus qui souscrivent une assurance couvrant ces soins sont déterminées pour les établissements KP, conformément à la section VII de l'avenant spécifique à la région en vigueur. Voir les *Avenant pour les régions Kaiser Permanente, Annexes 1-8*.

5.9 Mesures de recouvrement

5.9.1 Efforts de notification raisonnables. KFHP/H ou une agence de recouvrement de créances agissant en son nom déploie des efforts raisonnables pour aviser les patients ayant des soldes en souffrance ou impayés sur le programme MFA. Voici quelques efforts de notification raisonnables :

5.9.1.1 Fournir un préavis écrit dans les 120 jours suivant la première déclaration postérieure au départ, qui informe le titulaire du compte que la MFA est disponible pour les personnes admissibles.

5.9.1.2 Fournir un préavis écrit accompagné de la liste des mesures de recouvrement extraordinaires (extraordinary collection actions, ECA) que KFHP/H ou une agence de recouvrement de créances a l'intention de prendre pour le paiement du solde des coûts des patients et la date de la mise en application de ces mesures, fixée au moins 30 jours à compter de la date du préavis écrit.

5.9.1.3 Fournir un résumé clair et simple de la politique MFA avec la première déclaration du patient hospitalisé.

5.9.1.4 Essayer d'aviser le titulaire du compte verbalement au sujet de la politique MFA et de la façon d'obtenir de l'aide par le biais de la procédure de demande d'inscription au programme MFA.

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 17 de 26

5.9.1.5 Déterminer l'admissibilité au programme à la demande, avant que les soldes de patients en souffrance ou impayés ne soient transférés vers une agence de recouvrement de créances.

5.9.2 Suspension des mesures de recouvrement extraordinaires.

KFHP/H n'exécute pas et ne permet pas à une agence de recouvrement de créances d'exécuter, en son nom, les mesures de recouvrement extraordinaires (ECA) contre un(e) patient(e) si le/la patient(e) :

5.9.2.1 bénéficie d'une aide MFA active ; ou

5.9.2.2 a présenté une demande d'inscription au programme MFA après le déclenchement des ECA. Les ECA sont suspendues jusqu'à la détermination finale de l'admissibilité.

5.9.3 Mesures de recouvrement extraordinaires autorisées.

5.9.3.1 Détermination finale des efforts raisonnables. Avant l'exécution d'une ECA, le Responsable régional des services financiers en charge du cycle de revenus du/de la patient(e) s'assure que :

5.9.3.1.1 tous les efforts raisonnables ont été fournis pour informer le/la patient(e) du programme MFA ; et

5.9.3.1.2 Le/la patient(e) a bénéficié d'un délai d'au moins 240 jours à compter de la date du premier rapport de facturation pour présenter une demande d'inscription à la MFA.

5.9.3.2 Transmission de rapports aux agences de crédit à la consommation et d'évaluation du crédit. KFHP/H ou une agence de recouvrement de créances agissant en son nom peut communiquer des renseignements défavorables aux agences de crédit à la consommation ou d'évaluation du crédit.

5.9.3.3 Actions judiciaires et civiles. Avant d'instituer une action au pénal ou au civil, KFHP/H valide la situation financière du/de la patient(e) par le recours aux sources de données externes afin de déterminer s'il/elle est admissible au programme MFA.

5.9.3.3.1 Admissibilité à la MFA. Aucune autre action n'est intentée contre les patients qui sont admissibles au programme MFA. Les comptes admissibles à la MFA sont annulés et renvoyés de façon rétroactive.

5.9.3.3.2 Inadmissibilité à la MFA. Dans très peu de cas, les mesures suivantes peuvent être prises, avec l'approbation préalable du Directeur financier ou du Contrôleur financier régional :

5.9.3.3.2.1 La saisie-arrêt de salaires.

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 18 de 26

5.9.3.3.2 Les actions en justice/actions au civil. Les actions en justice ne sont pas intentées contre un individu au chômage et sans revenu important.

5.9.3.3.3 Les privilèges sur le lieu de résidence.

5.9.4 Mesures de recouvrement extraordinaires interdites. KFHP/H n'exécute ni n'autorise, ou ne permet pas à aux agences de recouvrement de créances d'exécuter les mesures suivantes peu importe les circonstances :

5.9.4.1 Reporter, ou refuser les soins en raison du non-paiement par un titulaire de compte d'un solde antérieur, ou exiger le paiement avant de fournir des soins d'urgence ou médicalement nécessaires.

5.9.4.2 Vendre les créances d'un titulaire de compte à un tiers.

5.9.4.3 Saisir des biens ou des comptes.

5.9.4.4 Demander des mandats d'arrêt.

5.9.4.5 Demander des mandats d'amener.

5.10 Réponse aux désastres et l'urgence sanitaire publique. KFHP/H peut modifier temporairement ses critères d'admissibilité au programme MFA et les procédures de demande pour améliorer l'aide disponible aux communautés et aux patients touchés par un événement connu qui a été qualifié de désastre ou d'urgence sanitaire publique par l'état ou le gouvernement fédéral.

5.10.1 Éventuelles modifications d'admissibilité. On compte parmi les changements temporaires des critères d'admissibilité à la MFA :

5.10.1.1 Suspension des restrictions d'admissibilité.

5.10.1.2 Hausse des critères liés aux ressources.

5.10.1.3 Baisse du seuil de critère des dépenses médicales élevées.

5.10.2 Éventuelles modifications de la procédure de demande. On compte parmi les changements temporaires de la procédure de demande de MFA :

5.10.2.1 Permettant un(e) patient(e) doit fournir des renseignements financiers de base (c'est-à-dire le revenu, le cas échéant, et la source) et attester de leur validité si (1) sa situation financière ne peut être vérifiée à l'aide de sources de données externes, (2) les renseignements financiers requis sont indisponibles à cause de l'événement, et (3) il n'existe aucune autre preuve à l'appui de son admissibilité.

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 19 de 26

5.10.2.2 En tenant compte de la future perte de salaires / d'emploi à cause de l'événement dans la détermination du revenu du ménage.

5.10.3 Informations à la disposition du public. Les renseignements qui décrivent les changements temporaires de programme MFA sont mis à disposition du public sur la page web du programme MFA et dans les zones concernées des établissements KP.

6.0 Annexes/Références

6.1 Annexes

6.1.1 Annexe A – Applicabilité régionale

6.1.2 Annexe B – Glossaire des termes

6.2 Pièces-jointes

6.2.1 Pièce-jointe 1 – Avenant pour Kaiser Permanente Colorado

6.2.2 Pièce-jointe 2 – Avenant pour Kaiser Permanente Georgia

6.2.3 Pièce-jointe 3 – Avenant pour Kaiser Permanente Hawaii

6.2.4 Pièce-jointe 4 – Avenant pour Kaiser Permanente Mid-Atlantic States

6.2.5 Pièce-jointe 5 – Avenant pour Kaiser Permanente Northern California

6.2.6 Pièce-jointe 6 – Avenant pour Kaiser Permanente Northwest

6.2.7 Pièce-jointe 7 – Avenant pour Kaiser Permanente Southern California

6.2.8 Pièce-jointe 8 – Avenant pour Kaiser Permanente Washington

6.3 Autres références

6.3.1 Loi sur la protection des malades et les soins abordables droit public 111-148 (124 Stat. 119 [2010])

6.3.2 Registre fédéral et Directives fédérales annuelles sur la pauvreté

6.3.3 Publication du Internal Revenue Service, 2014 Directives pour Annexe H (Formulaire 990)

6.3.4 Avis du Internal Revenue Service 2010-39

6.3.5 Code de la loi de l'impôt américain, 26 Code des règlements fédéraux (CFR, Code of Federal Regulations) Parties 1, 53, et 602, RIN 1545-BK57; RIN 1545-BL30; RIN 1545-BL58 –Exigences supplémentaires à l'intention des hôpitaux de bienfaisance

6.3.6 Association des hôpitaux de la Californie - Politiques en matière d'aide financière des hôpitaux et lois relatives aux avantages communautaires Édition de 2015

6.3.7 Association catholique de la santé des États-Unis - Guide de planification et déclaration des avantages communautaires, Éd. 2012

Proprietary Information. Kaiser Permanente. All rights reserved.

Publication, duplication, disclosure or use for any purpose not expressly authorized in writing is prohibited.

Printed copies are for reference only. Please see electronic copy for latest approved version.

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 20 de 26

6.3.8 Les listes des prestataires Les listes des prestataires sont disponibles sur les sites Internet de KFHP/H pour :

- 6.3.8.1** Kaiser Permanente of Hawaii (www.kp.org/mfa/hawaii)
- 6.3.8.2** Kaiser Permanente of Northwest (www.kp.org/mfa/nw)
- 6.3.8.3** Kaiser Permanente of Northern California (www.kp.org/mfa/ncal)
- 6.3.8.4** Kaiser Permanente of Southern California (www.kp.org/mfa/scal)
- 6.3.8.5** Kaiser Permanente of Washington (www.kp.org/mfa/wa)

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 21 de 26

Annexe B – Glossaire des termes

Programmes communautaires MFA (CMFA) – Programmes planifiés d'aide financière pour l'accès aux services de santé qui fonctionnent en collaboration avec les organisations communautaires et de protection du revenu en vue de fournir l'accès aux soins médicalement nécessaires aux patients non assurés et sous-assurés dans les établissements KP.

Agence de recouvrement de créances – Une personne qui, par action directe ou indirecte, mène ou pratique des recouvrements ou tente de recouvrer une créance due, ou prétendument due, à un créancier ou à un acheteur endetté.

Équipement médical durable (DME) – Comprend, mais sans s'y limiter, les cannes, les béquilles, les nébuliseurs, les fournitures à l'intention des bénéficiaires, les dispositifs de traction de type linteau pour utilisation à domicile, les fauteuils roulants, les déambulateurs, les lits hôpitaux et l'oxygène pour utilisation à domicile conformément aux critères d'DME. L'DME ne comprend pas les appareils orthopédiques et prothétiques (par ex. les attelles/orthèses dynamiques, le larynx artificiel et les fournitures) ni les fournitures en vente libre et les biens de consommation non durables (par ex : les fournitures urologiques et les pansements).

Patient admissible – Une personne qui remplit les critères d'admissibilité décrits dans la présente politique, que cette personne (1) ne soit pas assurée ; (2) obtienne une protection par l'entremise d'un programme public (par ex. : Medicare, Medicaid, ou une protection en soins de santé subventionnée acquise au moyen d'un échange d'information sur la santé) ; (3) soit assurée par un régime de soins médicaux autre que KFHP ; ou (4) soit couverte par KFHP.

Sources de données externes – Fournisseurs tiers mobilisés pour étudier les renseignements personnels d'un(e) patient(e) dans le but d'évaluer un besoin financier à l'aide d'un modèle basé sur des bases de données de dossiers publics qui évalue chaque patient(e) selon les mêmes normes afin de calculer la capacité financière d'une(e) patient(e).

Directives fédérales sur la pauvreté (FPG) – Les niveaux de revenu annuel relatifs à la pauvreté tels qu'ils sont déterminés par le Ministère américain de la Santé et des Services sociaux. Elles sont mises à jour chaque année dans le Registre fédéral.

Conseils financiers – Le processus utilisé pour aider les patients à explorer les diverses options de financement et de protection en soins de santé disponibles pour le paiement des services fournis dans les établissements KP. Les patients susceptibles d'avoir recours aux conseils financiers incluent, sans s'y limiter, les patients qui subviennent à leurs propres besoins, non assurés, sous-assurés et ceux qui ont signalé leur incapacité à assumer toute la responsabilité du patient.

Sans-abri – Un descriptif d'état pour la situation de vie d'une personne, décrit ci-dessous :

- À des endroits qui ne sont pas destinés à l'habitation humaine, tels que les véhicules, les parcs, les trottoirs, les bâtiments abandonnés (dans la rue).
- Dans un foyer d'accueil d'urgence.
- Dans des logements de transition ou avec services de soutien destinés aux personnes sans abri provenant initialement de la rue ou des foyers d'accueil d'urgence.
- À l'un des endroits ci-dessus, mais faisant un bref séjour (jusqu'à 30 jours consécutifs) dans un hôpital ou un autre établissement.

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 22 de 26

- Est expulsé(e) dans un délai d'une semaine d'un logement privé ou fuit une situation de violence familiale sans avoir trouvé une autre résidence ; la personne ne possède pas les ressources ni les réseaux de soutien nécessaires à l'obtention d'un logement.
- Sortira d'un établissement dans une semaine, tel qu'un établissement psychiatrique ou de traitement et de réadaptation des alcooliques et des toxicomanes dans lequel la personne a passé plus de 30 jours consécutifs, aucune autre résidence n'a été trouvée et la personne ne possède pas les ressources financières et les réseaux de soutien social nécessaires à l'obtention d'un logement.

KP – Inclut Kaiser Foundation Hospitals et les cliniques affiliées aux hôpitaux, Kaiser Foundation Health Plans, Permanente Medical Groups, de même que leurs filiales respectives, à l'exception de Kaiser Permanente Insurance Company (KPIC).

Établissements KP – Tout local physique, comprenant l'intérieur et l'extérieur d'un bâtiment, possédé ou loué par KP pour la conduite de ses activités, y compris la prestation des soins aux patients (p. ex. un bâtiment, un étage occupé par KP, un local ou tout autre espace intérieur ou extérieur dans un bâtiment n'appartenant pas à KP).

Liée aux ressources – La méthode par laquelle les sources de données externes ou les renseignements fournis par le/la patient(e) sont utilisés pour déterminer l'admissibilité à un programme public de protection ou à la MFA en évaluant si le revenu de l'individu est supérieur au pourcentage fixé dans les Directives fédérales sur la pauvreté.

Aide financière pour l'accès aux soins médicaux (MFA) – Un programme qui distribue des aides pour le paiement des frais médicaux aux patients admissibles qui sont incapables de payer la totalité ou une partie des frais afférents à leurs soins médicalement nécessaires, leurs produits ou leurs médicaments, et qui ont épuisé leurs sources de payeurs publics et privés. Les personnes sont tenues de remplir les critères du programme liés à l'aide pour payer une partie ou la totalité des frais médicaux des patients.

Fournitures médicales – Matériels médicaux à usage unique, comme des attelles, des écharpes, des pansements et des bandages, appliqué par un prestataire de soins de santé autorisé tout en fournissant un service médicalement nécessaire, en excluant tout matériel acheté ou obtenu par un(e) patient(e) d'une autre source.

Coût pour le patient – La part de facturation au client pour les soins reçus dans les établissements KP (par ex. hôpitaux, cliniques affiliées aux hôpitaux, centres médicaux, cabinets médicaux et pharmacies ambulatoires) qui n'est pas remboursée par l'assurance ou un programme de soins de santé à financement public.

Renonciation de la pharmacie – aide financière fournie aux membres à faible revenu dans le cadre du programme KP Senior Advantage Medicare, Partie D qui n'ont pas les moyens de payer leur quote-part des médicaments sur ordonnance pour patient non hospitalisé, couverts en vertu de la Partie D du programme Medicare.

Protection du revenu – Un réseau d'organisations à but non lucratif et/ou d'organismes du secteur public qui fournissent des services de soins de santé directs aux patients non assurés ou mal servis dans un milieu communautaire, comme un hôpital public, une clinique communautaire, une église, un foyer pour les sans-abris, une unité médicale mobile, une école, etc.

Sous-assuré – Un individu qui, malgré la protection en soins de santé dont il bénéficie, trouve que l'obligation de payer les cotisations au titre de l'assurance, les quotes-parts, les frais de coassurance et

TITRE DE LA POLITIQUE Aide financière médicale	NUMÉRO DE LA POLITIQUE NATL.CB.307
SERVICE COMPTABLE National Community Health	DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR 1^{er} janvier 2023
PROPRIÉTAIRE DU DOCUMENT Directeur, Aide financière médicale	PAGE 23 de 26

les franchises représente une charge financière tellement importante que le/la patient(e) retarde ou ne reçoit pas les soins de santé nécessaires en raison des frais remboursables.

Non assuré – Un individu qui ne bénéficie pas d'une assurance médicale ou d'une aide fédérale ou nationale pour le paiement des services de santé.

Populations vulnérables – Groupes démographiques dont la santé et le bien-être sont considérés comme étant plus à risque que la population en général, en raison de leur situation socio-économique, leur maladie, leur ethnicité, leur âge ou d'autre facteurs invalidants.

Mandat(s) d'amener – Un processus initié par un tribunal enjoignant aux autorités d'amener devant le tribunal une personne qui aurait commis un outrage civil. Processus similaire au mandat d'arrêt.

AVENANT : Kaiser Permanente Northwest**DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR D'AVENANT : 1er janvier 2023**

- I. Établissements de santé de la Kaiser Foundation Hospitals.** Cette politique s'applique à tous les établissements KFHP/H (par ex. hôpitaux, cliniques affiliées aux hôpitaux, centres médicaux et cabinets médicaux) et aux pharmacies ambulatoires. On compte parmi les Kaiser Foundation Hospitals dans l'Oregon :

Kaiser Sunnyside Medical Center

Kaiser Westside Medical Center

Remarque : La liste des Kaiser Foundation Hospitals et des cliniques affiliées au hôpitaux qui figurent dans la police MFA est disponible sur le site Web KFHP/H MFA www.kp.org/mfa/nw.

II. Services admissibles et non admissibles supplémentaires aux termes de la politique MFA

a. Services non admissibles supplémentaires

- i. Les aides auditives
- ii. Les fournitures d'optique et le matériel optique, notamment les lentilles spécialisées intraoculaires

- III. Prestataires assujettis et non assujettis à la politique MFA.** La liste des fournisseurs de Kaiser Foundation Hospitals qui sont assujettis et non assujettis à la politique MFA est disponible au grand public, gratuitement, sur le site Web de KFHP/H MFA à l'adresse www.kp.org/mfa/nw.

- IV. Renseignements sur le programme et modalités d'inscription à la MFA.** Les renseignements sur le programme MFA, notamment des exemplaires de la politique MFA, les formulaires de demande, les directives et les résumés en langage clair (c-à-d les brochures du programme) sont disponibles au grand public, gratuitement, en format électronique ou sur support papier. Un(e) patient(e) peut présenter une demande d'inscription au programme MFA pendant ou après la prestation des soins dans un établissement KFHP/H de plusieurs manières, notamment en ligne, en personne, par téléphone ou au moyen d'une demande sur papier. (Voir les Sections 5.3 et 5.4 de la politique.)

- a. Terminer et soumettre la Demande en ligne depuis le site Internet KFHP/H.** Un(e) patient(e) peut lancer et soumettre les informations de la demande par voie électronique depuis le site Internet MFA sur www.kp.org/mfa/nw.
- b. Télécharger les renseignements relatifs au programme sur le site Web de KFHP/H.** Les copies électroniques des renseignements sur le programme sont disponibles sur le site Web de la MFA à l'adresse www.kp.org/mfa/nw.
- c. Demander des renseignements sur le programme par voie électronique.** Les renseignements sur le programme en format électronique peuvent être obtenus par courriel sur demande.

- d. **Obtenir les renseignements sur le programme en personne.** Les renseignements sur le programme sont disponibles auprès du Service d'admission et du Service de la salle d'urgence de la Kaiser Foundation Hospitals qui sont énumérés à la Section I, *Kaiser Foundation Hospitals*.

Sunnyside Medical Center

Westside Medical Center

- e. **Demander les renseignements sur le programme ou faire une demande d'inscription par téléphone.** Les conseillers sont disponibles par téléphone pour fournir des renseignements et aider les patients à présenter leur demande d'inscription à la MFA. Les conseillers sont joignables sur :

Numéro(s) de téléphone : 1-503-813-2000 ou 1-800-813-2000, ou
TTY: 711

- f. **Demander des renseignements sur le programme ou faire une demande d'inscription par la poste.** Un(e) patient(e) peut demander des renseignements sur le programme et présenter une demande d'inscription à la MFA en faisant parvenir un formulaire de demande d'inscription au programme MFA dûment rempli par la poste. Les demandes de renseignements et d'inscription peuvent être envoyées à l'adresse suivante :

Kaiser Permanente
Attention: Financial Counselors
500 NE Multnomah Street
Portland, Oregon 97232

- g. **Remettre la demande remplie en personne.** Les demandes remplies peuvent être remises en personne auprès des Northwest Kaiser Foundation Hospitals :

Sunnyside Medical Center

Westside Medical Center

V. Critères d'admissibilité. Le revenu du ménage du/de la patient(e) sont considérés dans la détermination de l'admissibilité à la MFA. (Voir les Sections 5.6.1 de la politique.)

- a. Critères liés aux ressources : jusqu'à 400 % des Directives fédérales sur la pauvreté.

VI. Barème de remises. Les montants que KP facture au/à la patient(e) qui a droit à l'aide financière médicale dépend du type de critère d'admissibilité utilisé pour classer le/la patient(e) pour le programme.

- a. **Le/la patient(e) remplit des critères liés aux ressources.** Un(e) patient(e) qui remplit les critères liés aux ressources bénéficiera d'une remise en fonction du barème sur le coût ou la partie de facturation supportés par le/la patient(e) pour les services pour lesquels le/la patient(e) est responsable. Le montant de la remise est déterminée par les revenus du ménage du/de la patient(e) comme suit :

Pourcentages de pauvreté déterminés par les directives fédérales		Remise Financial Assistance
De	à	
0 %	- 200 %	Remise de 100 %
201 %	- 300 %	Remise de 75 %
301 %	- 350 %	Remise de 50 %
351 %	- 400 %	Remise de 25 %

Proprietary Information. Kaiser Permanente. All rights reserved.

Publication, duplication, disclosure or use for any purpose not expressly authorized in writing is prohibited.

Printed copies are for reference only. Please see electronic copy for latest approved version.

Si une remise partielle (moins de 100 %) est accordée, le solde restant doit être intégralement payé, ou le/la patient(e) a une option permettant de mettre en place un plan de paiement sans intérêt.

- VII. Base de calcul des sommes généralement facturées (AGB).** KFHP/H détermine les AGB payées pour les soins d'urgence ou tout autre soin médicalement nécessaire à l'aide de la méthode rétrospective en multipliant les frais globaux afférents aux soins par le taux AGB. Les informations sur le taux AGB et le calcul sont disponibles sur le site Web KFHP/H MFA www.kp.org/mfa/nw.