



Règlement sur les Services Financiers des Patients

REGLEMENT: REGLEMENT SUR LA GRATUITE DE SOINS

OBJECTIF:

Les membres de MaineHealth (MH) ont pour politique de fournir une assistance financière aux patients qui répondent aux critères définis suivant les principes contenus dans le présent document. En vertu de la loi de Maine, aucun hôpital ne peut refuser des soins à un résident de Maine uniquement parce que l'individu est incapable de payer ces soins. Chaque hôpital est tenu d'adopter et de respecter une politique de gratuité de soins prévoyant la détermination d'incapacité à payer, définissant les soins à fournir comme gratuité de soins et prenant en compte d'autres sources de paiement de soins, conformément aux normes établies dans le Chapitre 150 sur les règlements du Bureau des Services de Mainecare du Département de la Santé et des Services Sociaux de Maine.

MaineHealth a adopté le règlement suivant en ce qui concerne la Gratuité de Soins pour tous ses prestataires.

REGLEMENT:

I. CRITERES SUR LE REVENU

A. **Définitions.** Aux fins du présent Chapitre, les définitions suivantes s'appliquent:

- (1) **Famille.** Une famille est un groupe de deux personnes ou plus, apparentées par la naissance, le mariage ou l'adoption, qui résident ensemble et parmi lesquelles il existe une responsabilité légale en matière d'assistance; toutes ces personnes liées sont considérées comme une seule famille. (Si un ménage comprend plus d'une famille et / ou plus d'un individu non apparenté, les critères sur le revenu sont appliqués séparément à chaque famille et / ou à chaque individu non apparentée et non au ménage dans son ensemble).
 - a) En vertu du présent règlement, les partenaires conjugaux enregistrés sont considérés comme une unité familiale.
- (2) **Unité Familiale de Taille Un.** Conjointement avec les critères sur le revenu, une unité familiale de taille un est un individu non apparenté, c'est-à-dire une personne de 15 ans ou plus qui ne vit pas avec un membre de sa famille. Un individu non apparenté pourrait être le seul occupant d'une unité de logement ou pourrait résider dans une unité de logement (ou

dans un logement de groupe tel qu'une maison à chambres) dans laquelle une ou plusieurs personnes résident également, qui ne sont pas liées à l'individu par un lien de naissance, de mariage ou d'adoption.

- (a) En vertu du présent règlement, les étudiants adultes (âgés de 18 ans ou plus) sont considérés comme une famille de un, même s'ils vivent toujours avec leurs parents.

(3) **Revenu.** Par revenu, on entend les recettes annuelles totales en espèces avant les impôts de toutes sources sauf dans les cas prévus au sous-paragraphe (b) ci-dessous.

(a) Le revenu comprend:

- (i) les salaires et traitements en monnaie avant toute déduction ;
- (ii) les recettes nettes provenant d'un travail indépendant non agricole ou agricole (recettes provenant d'une entreprise privée ou d'une ferme possédée ou exploitée, déduction faite des dépenses d'entreprise ou agricoles);
- (iii) les paiements réguliers provenant de la sécurité sociale, des retraites ferroviaires, des indemnités de chômage, des indemnités d'accident de travail, des indemnités de grève provenant de fonds syndicaux, des indemnités d'ancien combattant;
- (iv) l'assistance publique, y compris l'Assistance Temporaire aux Familles Nécessiteuses, le Revenu Supplémentaire de Sécurité, et les paiements en monnaie provenant de l'Assistance Générale ;
- (v) les allocations de formation;
- (vi) la pension alimentaire pour ex-conjoint(e), la pension alimentaire pour enfant et l'allocation familiale de militaire ou tout autre soutien régulier de quelqu'un ne vivant pas dans le ménage;
- (vii) les pensions privées, les pensions des employés du gouvernement et les paiements réguliers d'assurance ou de rentes;
- (viii) les dividendes, intérêts, rentes, redevances ou recettes périodiques provenant de successions ou de fiducies; et
- (ix) les gains nets de jeu ou de loterie.

(b) Le revenu ne comprend pas ce qui suit:

- (i) les gains en capital;

- (ii) tout actif liquide, y compris les retraits d'une banque ou le produit de la vente de biens;
- (iii) les remboursements d'impôt;
- (iv) les dons, prêts et héritages forfaitaires;
- (v) un paiement ponctuel unique d'assurance ou une autre indemnité ponctuelle unique pour blessure;
- (vi) les avantages non monétaires tels que la part de l'assurance-maladie versée par l'employeur ou versée par le syndicat ou d'autres avantages sociaux des employés;
- (vii) la valeur des aliments et des combustibles produits et consommés dans les exploitations agricoles et la valeur imputée du loyer provenant de logements non agricoles ou de fermes occupés par leurs propriétaires; et
- (viii) les programmes fédéraux d'avantages non pécuniaires, y compris Medicare, Medicaid, Bons d'Alimentation, repas scolaires et assistance au logement.

Remarque: Bien que les paiements d'assurance ponctuels uniques soient exclus du revenu, les paiements d'assurance ponctuels uniques effectués pour la couverture des soins hospitaliers limiteraient la disponibilité de gratuité de soins pour les factures non couvertes par ces paiements. Voir sous-paragraphe IV (B) (1) (b).

(4) **Résident de Maine.** Le terme «Résident de Maine» désigne un individu vivant volontairement dans cet État dans l'intention de s'établir en Maine. Un individu qui visite ou est temporairement en Maine n'est pas un résident. Une preuve de résidence sera demandée dans le cadre du processus de demande.

B. **Incapacité à Payer.** Une personne est incapable de payer les soins hospitaliers lorsque son revenu familial, calculé selon l'une des méthodes suivantes, n'excède pas les critères sur le revenu applicables énoncés à la sous-section C (si l'une des méthodes ne s'applique pas, l'autre doit être appliquée avant que la décision d'inéligibilité ne soit prise):

- (1) En multipliant par quatre le revenu familial de la personne pour les trois mois précédant la décision d'éligibilité; ou
- (2) En utilisant le revenu familial réel de la personne pour les 12 mois précédant la décision d'éligibilité.

- C. **Critères sur le Revenu.** En vertu de la réglementation de l'État de Maine, les hôpitaux sont tenus de fournir la gratuité complète de soins aux individus qui sont à 150% des critères Fédéraux de Niveau de Pauvreté (FPL). MaineHealth reconnaît le besoin légitime d'accorder des réductions supplémentaires aux personnes dont le revenu annuel pourrait dépasser les Critères Fédéraux de Pauvreté, mais qui n'ont toujours pas la capacité de payer les soins. À cette fin, MaineHealth offrira des réductions supplémentaires sur la Gratuité de Soins, comme indiqué ci-dessous. Les critères de revenu suivants doivent être utilisés pour décider si une personne est incapable de payer. Ces critères sur le revenu seront mis à jour chaque année.

MaineHealth utilisera les Critères Fédéraux de Pauvreté actuels, tels que publiés dans le Registre Fédéral, et fournira la Gratuité Totale de Soins aux individus dont le revenu est égal ou inférieur à 175% des Critères Fédéraux de Pauvreté. Les critères actuels de Gratuité de Soins relatives aux membres de MH sont répertoriés dans l'Annexe 1 du présent règlement. Les critères sur le revenu des membres de MH dépassent les exigences du Département de la Santé et des Services Sociaux de Maine.

II. SOINS COUVERTS

Les membres de MaineHealth fourniront la gratuité de soins médicalement nécessaires pour les soins hospitaliers et ambulatoires. Seuls les soins médicaux nécessaires sont dispensés comme Gratuité de Soins. MaineHealth se conformera aux Centres de Services de Medicare et de Medicaid (CMS), aux Règlements Locaux d'Évaluation Médicale ou aux Décisions de Couverture Nationale afin de décider la nécessité médicale. La nécessité médicale peut également être décidée par le médecin traitant ou par la compagnie non-gouvernementale d'assurance maladie du demandeur. Le programme de Gratuité de Soins pourrait couvrir les soins préventifs nécessaires dans les milieux ambulatoires.

Soins Exclus / Limités:

1. La chirurgie esthétique, une procédure pratiquée dans le seul but d'améliorer l'apparence du patient (à l'exclusion de la chirurgie reconstructive), n'est pas couverte par la Gratuité de Soins.
2. La chirurgie bariatrique est couverte par la Gratuité de Soins uniquement si le médecin fournit une déclaration écrite de nécessité médicale.
3. La chirurgie dentaire, une procédure pratiquée dans le seul but de retirer des dents infectées ou incluses, n'est prise en charge par la Gratuité de Soins que si le médecin fournit une déclaration écrite de nécessité médicale.
4. Les procédures liées à l'infertilité ne sont pas couvertes par la Gratuité de Soins.
5. Les soins liés à la stérilisation ne sont couverts par la Gratuité de Soins que si le médecin fournit une déclaration écrite de nécessité médicale.

III. AVIS DE DISPONIBILITÉ DE GRATUITÉ DE SOINS

- A. **Avis Affiché.** Les hôpitaux et les cabinets de médecins de MaineHealth doivent afficher des avis de disponibilité de Gratuité de Soins dans les endroits dans lesquels le public traite généralement avec

l'hôpital ou se présente pour recevoir ou demander des soins hospitaliers, notamment des zones d'admission, des salles d'attente, des bureaux et des zones d'accueil ambulatoires.

B. Avis Individuel. En ce qui concerne les soins hospitaliers, les hôpitaux et cabinets médicaux de MaineHealth doivent fournir un avis écrit individuel indiquant la disponibilité de Gratuité de Soins avant leur sortie. En ce qui concerne les soins ambulatoires, chaque hôpital doit soit accompagner la facture du patient d'une copie d'un avis individuel indiquant la disponibilité de Gratuité de Soins, soit fournir une copie de l'avis individuel au moment où les soins sont fournis.

C. Contenu de l'Avis.

L'avis écrit affiché et individuel se trouve à l'Annexe 2 du présent règlement.

D. Communication du Contenu. Les hôpitaux et les cabinets de médecins doivent faire des efforts raisonnables pour communiquer le contenu de l'avis écrit à des personnes que l'on estime raisonnablement incapables de lire l'avis.

IV. DÉCISION D'ELIGIBILITE

A. Demande

- (1) MaineHealth offre à chaque personne qui sollicite la Gratuité de Soins la possibilité de faire une demande à l'aide de formulaires fournis par les hôpitaux de MaineHealth.
- (2) MMC, pour le compte de MaineHealth, exigera au demandeur de fournir les informations raisonnablement nécessaires pour corroborer ses revenus ou le fait qu'il n'est pas couvert par l'assurance ou ne peut bénéficier de la couverture des programmes d'assistance médicale étatiques ou fédéraux lors du traitement des approbations.
 - a. Voir l'Annexe 3 pour la documentation requise.
- (3) Les demandes de Gratuité de Soins seront traitées par des conseillers financiers ou un membre identifié du Personnel Comptable des Patients identifié de l'hôpital membre ou par le Bureau Central des Affaires (CBO) si le membre est intégré au système de EHR.

B. Décision

- (1) Dès réception de la demande, le CBO devra décider si un individu qui cherche à obtenir la gratuité de soins est éligible à de tels soins si:
 - a) l'individu répond aux critères de revenu énoncés à la Section I;
 - b) l'individu n'est couvert par aucune assurance ni éligible à une couverture par des programmes d'assistance médicale étatiques ou fédéraux; et,
 - c) les soins reçus étaient médicalement nécessaires.

- (2) Si le CBO détermine que l'individu qui cherche la Gratuité de Soins répond aux critères de revenu mais est couverte par une assurance ou par des programmes d'assistance médicale nationaux ou fédéraux, elle décidera si tout montant restant dû après le paiement par l'assureur ou le programme d'assistance médicale sera considéré comme une gratuité de soins.

- (3) MaineHealth autorisera la décision d'éligibilité de gratuité de soins pour les soins ambulatoires jusqu'à six mois pour les soins ultérieurs urgents ou médicalement nécessaires suivant la date de décision. Cela inclura toutes les créances en souffrance, y compris celles des agences de créances douteuses, à moins qu'un paiement n'ait été effectué sur le compte. Un changement de situation financière ou l'ajout d'éligibilité d'une tierce partie pourrait modifier la période d'approbation et nécessiter une évaluation supplémentaire.

Une détermination d'éligibilité de la Gratuité de Soins pour les soins hospitaliers doit être faite à chaque admission.

C. Report de Décision

- (1) Dans les conditions spécifiées aux paragraphes (2) et (3) ci-dessous, la décision des éligibilités pour la Gratuité de Soins pourrait être différée jusqu'à 60 jours, dans le but d'obliger le demandeur à obtenir la présente preuve d'inéligibilité au programme de l'assistance médicale ou de vérifier si les soins en question ne sont pas couverts par une assurance.

- (2) Si un demandeur de la Gratuité de Soins remplit l'un des critères ci-après et n'est pas couvert par un programme d'assistance médicale étatique ou fédéral, l'éligibilité pour la Gratuité de Soins sera différée:
 - a) âgé de 65 ans ou plus;

 - (b) aveugle,

(c) handicapé;

(d) un individu est membre d'une famille dans laquelle un enfant est privé de soutien parental ou d'une garde parentale pour l'une des causes suivantes et son revenu est inférieur aux critères de la section I:

(i) décès d'un parent;

(ii) absence continue du ou des parents du domicile en raison de leur incarcération dans une institution pénitentiaire, de leur internement dans un établissement médical général, chronique ou spécialisé, de leur expulsion vers un pays étranger, du divorce, de l'abandon ou de la séparation mutuelle des parents ou de parentalité non mariée;

(iii) l'invalidité d'un parent; ou

(iv) le chômage d'un parent qui est le principal salarié.

(3) Si un individu ne remplit aucun des critères énoncés au paragraphe (2) ci-dessus, mais que l'hôpital n'est pas en mesure d'en déterminer la couverture et dispose d'un motif raisonnable de croire qu'il pourrait être couvert par une assurance ou éligible à de programmes d'assistance médicale fédéraux ou étatiques, il pourrait différer la décision concernant la Gratuité de Soins.

D. Contenu de Décision Favorable.

Une décision d'un demandeur qui remplit les conditions requises pour la Gratuité de Soins doit indiquer:

(1) Que les hôpitaux de MaineHealth fourniront des soins sans frais ou à frais réduits;

(2) La date à laquelle les soins ont été demandés;

(3) La date à laquelle la décision a été prise; et

(4) La date à laquelle les soins ont été ou seront fournis pour la première fois au demandeur.

(5) Tous les soldes antérieurs impayés des hôpitaux de MaineHealth seront annulés dès l'approbation de l'assistance financière.

(6) Les soins ambulatoires seront couverts pendant une période de six mois à partir de la date d'approbation.

- (7) Les patients qui reçoivent des soins Hospitaliers devront faire une nouvelle demande de Gratuité de Soins si leur approbation précédente date de plus de 30 jours à compter de l'admission actuelle. Si un patient est hospitalisé dans les 30 jours suivant l'acceptation de Gratuité de Soins ambulatoire, il lui sera demandé de signer un formulaire d'attestation confirmant que son revenu n'a pas changé depuis sa demande précédente.
- (8) Les patients qui reçoivent des soins Ambulatoires, qui ont été jugés partiellement éligibles au titre du Règlement sur la Gratuité de Soins ou qui se sont vu refuser la Gratuité de Soins, pourraient être réévalués sur demande si le patient a connu un changement de revenu au cours de la période de couverture de six mois. Ces patients seront tenus de présenter une nouvelle demande dans le cadre du programme avec des informations actualisées sur leurs revenus.

E. Raisons de Refus

Le CBO de MaineHealth doit fournir à chaque demandeur qui sollicite la Gratuité de Soins et se voit refuser, en tout ou en partie, un exposé écrit et daté des motifs du refus lors du refus. Lorsque le refus s'explique par l'absence d'informations requises pendant une période de report en vertu de la sous-section IV (C), le demandeur doit être informé qu'il pourrait faire une nouvelle demande de Gratuité de Soins si les informations requises peuvent être fournies. En outre, la notification doit indiquer que le patient a le droit d'être entendu; comment obtenir une audition; et nom et numéro de téléphone de la personne à contacter, si le prestataire / patient a des questions concernant la notification.

F. Raisons de Report

- (1) Si une demande de Gratuité de Soins au titre du paragraphe IV (C) (2) est reportée, le demandeur doit être informé comme suit:

Une décision de Gratuité de Soins n'a pas encore été faite. Il y a des raisons de penser que vous [le demandeur] pourrez être éligible à une couverture par des programmes d'assistance médicale étatiques ou fédéraux. Si vous pouvez démontrer que vous n'êtes pas éligible à la couverture par ces programmes dans les 60 jours de la date du présent avis en obtenant une lettre ou une autre déclaration de _____ [insérer le nom de l'agence étatique ou fédérale à laquelle le demandeur a été référé], alors vous serez considéré comme éligible pour la Gratuité de Soins. Même si vous êtes éligible à la couverture, la Gratuité de Soins sera disponible pour toutes les portions des factures que les programmes d'assistance médicale (ou toute assurance que vous avez) ne paieront pas.

- (2) Lorsqu'une demande est reportée en vertu du paragraphe IV (C) (3), le demandeur doit être informé du motif du report, en indiquant notamment la raison pour laquelle l'hôpital estime qu'une couverture ou l'éligibilité pourrait exister et la nature de la preuve qui devrait être

fournis pour compléter la détermination. La notification doit être essentiellement conforme à la forme spécifiée au paragraphe (1) ci-dessus et inclure la dernière phrase de cette formule.

V. FACTURATION

- A. Si un individu a été reconnu comme bénéficiaire de la gratuité de soins à 100% en vertu de IV (B) (1), il ne sera pas facturé pour les soins fournis.
- B. Si un individu a été reconnu comme bénéficiaire de la gratuité de soins à 100% en vertu de IV (B) (2), il ne se verra facturer aucun montant non payé par un assureur ou un programme d'assistance médicale.
- C. Si vous êtes approuvé pour une assistance financière en vertu de notre règlement et que votre approbation ne couvre pas 100% de nos frais pour les soins, vous ne serez pas facturé plus que le Montant Généralement Facturé (AGB) aux patients ayant une assurance pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires. MaineHealth a choisi d'utiliser la méthode Look Back pour calculer l'AGB des patients demandant une assistance financière. Vous pouvez trouver plus d'informations sur l'AGB en visitant la section facturation de notre site internet. Les informations relatives à l'AGB sont disponibles dans la section Règlements, Règlement sur la Facturation & le Recouvrement. Vous pouvez également demander une copie gratuite de ce règlement en contactant les Services Financiers des Patients au 207-887-5100 ou gratuitement au (866) 804-2499.
- D. Si la demande de gratuité de soins d'un individu a été différée en vertu du paragraphe IV (C), alors l'individu pourrait être facturé pour des soins pendant la période de report.
- E. Si un individu a été reconnu comme bénéficiaire de la gratuité de soins en vertu de la sous-section IV (B) ou si la décision concernant la gratuité de soins a été reportée en vertu de la sous-section IV (C), aucune municipalité ne sera facturée en vertu du programme d'assistance générale pour les soins hospitaliers fournis à cet individu.

VI. REDDITION DE COMPTES ET TENUE DES DOSSIERS

- A. MMC, pour le compte de MaineHealth, conservera des comptes de la quantité de Gratuité de Soins fournie conformément aux critères minimaux établis dans le présent règlement et du nombre d'individus auxquels elle a été fournie. Si un hôpital fournit la gratuité de soins qui ne sont pas requis par le présent règlement, l'hôpital doit tenir des comptes séparés de la quantité de ces soins fournis et du nombre d'individus à qui ils ont été fournis.
- B. Chaque hôpital doit faire rapport au Département de la Santé et des Services Sociaux de Maine (DHHS) dans le cadre de son archivage d'informations, aux fins du rapprochement final, d'un résumé du montant de Gratuité de Soins fournis dans le paiement applicable; la quantité de Gratuité de Soins qui n'était pas nécessaire mais qui avait été fournie cette année-là; et le nombre d'individus à qui chaque type de Gratuité de Soins (requis et non requis) a été fourni.

VII. DÉPÔT; APPLICABILITÉ

- A. MaineHealth Hospitals est tenu de déposer et de conserver auprès de DHHS une copie à jour de son règlement sur la Gratuité de Soins et une copie à jour de son avis affiché sur la Gratuité de Soins.

VIII. AVIS D'OPPORTUNITÉ POUR UNE AUDITION ÉQUITABLE

- A. Conformément au 22 M.R.S.A. §1716, le DHHS doit accorder la possibilité d'une audition équitable concernant l'éligibilité à la Gratuité de Soins à:
 - (1) Tout demandeur qui le demande parce que sa demande de Gratuité de Soins a été refusée ou n'a pas été traitée avec une promptitude raisonnable, ou
 - (2) Tout bénéficiaire de soins qui en fait la demande parce qu'il croit que l'hôpital a pris une mesure par erreur.

B. Procédure de Demande d'Audition Administrative

Un demandeur de gratuité de soins peut demander une Audition administrative s'il est lésé par l'action qui refuse la demande de gratuité de soins. Le Département peut répondre à une série de demandes individuelles d'audition en organisant une audition unique de groupe. Le demandeur doit suivre les procédures décrites dans cette section lorsqu'il demande une audition administrative du DHHS.

- (1) Une Audition Administrative peut être demandée par le demandeur ou son représentant.

- (2) Sauf indications contraires spécifiées dans les présents règlements, les auditions administratives doivent être demandées dans un délai de soixante (60) jours à compter de la date de notification écrite au demandeur de l'action qu'il souhaite faire appel.
- (3) Le demandeur ou son représentant doit présenter une demande écrite ou verbale d'Audition à l'Unité des Auditions Administratives du Département de la Santé et des Services Sociaux, 11 State House Station, Augusta (Maine) 04333-0011. Aux fins de déterminer le moment où une audition a été demandée, la date de la demande d'audition équitable est la date à laquelle la demande d'audition est faite est considérée comme la date de la demande d'audition. L'Unité des Auditions Administratives peut également demander qu'une demande orale d'audition administrative fasse l'objet d'un suivi écrit, mais elle ne peut ni retarder ni refuser une demande au motif qu'un suivi écrit n'a pas été reçu.
- (4) L'Audition se tiendra conformément à la Loi sur La Procédure Administrative de Maine, 5 M.R.S.A. §8001 *et suiv.* et le Manuel d'Audition Administrative du Département.
- (5) L'Audition aura lieu à une heure, une date et un lieu qui conviennent à l'hôpital et au demandeur, et un préavis d'au moins vingt (20) jours sera donné. Lors de la planification d'une audition, il peut arriver que le responsable de l'audition planifie le lieu de l'audition à proximité du demandeur, par téléphone ou par Système de Télévision Interactive.
- (6) Le Département, l'hôpital et le demandeur peuvent être représentés par un conseil juridique et peuvent faire comparaître des témoins.
- (7) Lorsqu'une évaluation médicale par une autorité médicale autre que celle impliquée dans la décision litigieuse est demandée par l'officier des auditions, de l'hôpital ou du demandeur et jugée nécessaire par l'officier des auditions, elle est obtenue aux frais du Département et transmis au demandeur ou à son représentant, à l'hôpital ou à son représentant, ainsi qu'à l'officier des auditions, permettant à toutes les parties de présenter leurs observations.
- (8) Lorsque le requérant, l'hôpital ou un membre du personnel du Département demande un délai, l'officier des auditions peut reporter l'audition, après en avoir avisé toutes les parties.
- (9) Les décisions rendues par le responsable de l'audition, au nom du DHHS, seront contraignantes pour le Département, à moins que le Commissaire n'en ordonne à l'officier d'audition de prendre une décision proposée réservant à lui-même la décision finale.
- (10) Toute personne insatisfaite de la décision de l'autorité chargée de l'audition a droit à une enquête judiciaire en vertu du Règlement 80C des Règlements sur la Procédure Civile de Maine.

C. Rejet des Demandes d'Audition Administrative

Si les circonstances suivantes existent, le Bureau des Auditions Administratives peut rejeter la demande d'audition administrative.

- (1) Le demandeur retire la demande d'audition.
 - (a) Le demandeur, sans motif valable, abandonne l'audition par défaut de comparaître.
 - (b) La seule question en litige faisant l'objet d'un appel est celle de la loi fédérale ou étatique exigeant un changement automatique affectant négativement tout ou partie des demandeurs de gratuité de soins.
- (2) Lorsque la demande d'audition administrative du demandeur est rejetée, le Bureau des Auditions Administratives devra informer l'individu de son droit de faire appel de cette décision devant une Cour Supérieure.

D. Action Corrective

L'hôpital doit rapidement prendre des mesures correctives, s'il y a lieu, rétroactivement à la date à laquelle une mesure incorrecte a été prise par l'hôpital si:

- (1) la décision d'audition est favorable au demandeur; ou
- (2) Le DHHS décide en faveur du demandeur avant l'audition.

IX. ÉLIGIBILITÉ A L'INDIGENCE MÉDICALE ET PRÉSUMÉE

MaineHealth reconnaît qu'il peut arriver qu'un patient ne soit pas éligible à la Gratuité de Soins en vertu du présent règlement tout en restant légitimement incapable de payer les soins fournis. Pour ce faire, MaineHealth a créé deux catégories supplémentaires d'ajustement, l'Éligibilité de l'Indigence Médicale et l'Éligibilité Présumée.

A. Indigence Médicale

Le présent règlement prend en compte trois catégories de patients Médicalement Indigents. La première catégorie comprend les patients qui remplissent les conditions requises pour bénéficier de Gratuité de Soins en fonction de leur revenu, mais ne répondent pas aux exigences du Chapitre 150. Quelques exemples de cette catégorie comprennent:

- Le patient n'est pas un résident de Maine ou de New Hampshire.
- Le patient est sans abri.
- Le patient faisait partie d'un groupe pouvant être couvert mais n'a pas fourni d'avis de refus du DHHS.
- Les soins n'étaient pas médicalement nécessaires, mais jugés médicalement appropriés par le prestataire.

La deuxième catégorie comprend les patients qui ne remplissent pas les critères de Gratuité de Soins en fonction de leur revenu brut, mais leur revenu net ne leur permet pas de faire face à leurs obligations de paiement pour leurs factures médicales.

Les ajustements des deux catégories de patients ci-dessus seront approuvés par le personnel de supervision ou de direction du Département des Services Financiers des Patients ou, le cas échéant, par le personnel désigné du CBO, sur recommandation du personnel de collecte ou du service clientèle. Un questionnaire financier accompagné d'informations sur les revenus et les dépenses est nécessaire pour valider la nécessité d'un ajustement au titre de cette section. Un test d'actif peut être appliqué si jugé approprié par MaineHealth.

Une troisième catégorie de patients médicalement indigents, ceux classés comme pouvant inclure des Patients venant du Dehors de l'Etat et atteints d'un Cancer, peut être approuvée pour la Gratuité de Soins au cas par cas en vertu du règlement ci-dessus. Les patients venant du Dehors de l'Etat qui participent au programme de cancérologie et ont besoin des médicaments anticancéreux nécessaires au traitement seront pris en compte par MaineHealth pour la Gratuité de Soins. Cette approbation de Gratuité de Soins sera entrée dans le système EHR avec les dates de début et d'expiration pour garantir que les patients qui remplissent les conditions requises pour bénéficier de la Gratuité de Soins recevront également les médicaments requis, sans frais.

B. Éligibilité Présumée

L'éligibilité présumée s'adresse aux patients qui n'ont jamais rempli une demande de Gratuité de Soins, mais le département des Comptes des Patients dispose de suffisamment d'informations pour décider si le patient remplira les conditions requises pour bénéficier de la Gratuité de Soins s'il fait une demande. Les exemples incluent les suivants:

- En utilisant le logiciel Healthcare Income Predictor 2.0, déterminez l'éligibilité à une assistance financière en fonction du score de revenu renvoyé ;
- Le patient est sans abri et n'a pas rempli de demande ;
- Le patient est couvert par un plan de Medicaid du dehors de l'Etat auquel le prestataire n'est pas accrédité, et le solde du patient ne justifie pas l'achèvement des lourdeurs administratives liées à l'accréditation ;
- Le patient est incarcéré et n'a aucun actif.

Conformément à la section sur l'Indigence Médicale, l'Éligibilité Présumée des patients sera approuvée par le personnel de supervision ou de gestion du Département des Comptes des Patients.

X. Assistance aux Programmes Étatiques & Fédéraux

MaineHealth a mis au point un programme pour aider ses patients auto dépendants à postuler à des programmes étatiques ou fédéraux pouvant aider à couvrir les coûts des soins hospitaliers ou médicaux. Ce programme comprend une visite à tous les patients hospitalisés autofinancés et à une sélection de patients ambulatoires sur base des recommandations de MaineHealth afin de décider de leur éligibilité aux programmes étatiques et / ou fédéraux. MaineHealth peut aider au processus de demande et à l'éligibilité au programme de MaineCare (Medicaid) de l'État de Maine pour les nouveau-nés.

Les patients qui font une demande de Gratuité de Soins et qui ont été hospitalisés au MaineHealth seront référés au DHHS pour une décision d'éligibilité au MaineCare (Medicaid). S'il est décidé qu'un patient ne pourra prétendre à aucune assistance étatique ou fédérale, cette décision sera considérée comme un refus de DHHS et MaineHealth traitera la demande de Gratuité de Soins du patient.

XI. PLANS DE MARKETPLACE

La Loi sur les Soins Abordables impose à nos patients l'obligation de bénéficier d'une couverture de soins de santé soit par le biais d'un régime parrainé par l'employeur, d'un régime d'achat privé ou d'une demande par l'intermédiaire du Marketplace. MaineHealth dispose des ressources nécessaires pour assister nos patients tout au long du processus de demande d'adhésion aux plans du Marketplace. Les patients peuvent consulter nos conseillers financiers sur le campus de Bramhall pour obtenir l'assistance ou contacter notre équipe de CarePartners au 877-626-1684 pour obtenir l'assistance.

Les patients qui font une demande de Gratuité de Soins et qui ont été hospitalisés au Centre Médical seront référés au DHHS pour une décision d'éligibilité au MaineCare (Medicaid). Si le patient peut fournir une copie de la Notification d'Éligibilité du Marketplace de l'Assurance Maladie indiquant qu'il ne serait pas éligible pour le MaineCare, nous l'accepterons comme un refus de DHHS et le personnel du Centre Médical traitera la demande de Gratuité de Soins de patients.

XII. COORDONNÉES POUR L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

Un individu peut faire une demande de Gratuité de soins au bureau de Consultation Financière de MaineHealth au 662-1949 ou gratuitement au (800) 619-9715, ou en contactant le bureau des Services Financiers des Patients au 887-5100 ou gratuitement au (866) 804-2499. La demande de Gratuité de Soins et le présent règlement sont également disponibles sur notre site internet, dans la section facturation.

Pour des ressources financières alternatives, les patients peuvent contacter CarePartners. CarePartners coordonne la fourniture de soins de santé par des dons aux résidents non assurés et à faible revenu de quatre comtés de Maine (Cumberland, Lincoln, Waldo et Kennebec). Le programme, un partenariat entre MaineHealth, des médecins, des hôpitaux et d'autres prestataires de soins de santé, aide les membres de la communauté qui ne seraient pas éligibles à des programmes de couverture de soins de santé publics ou privés à obtenir des soins de santé complets et médicalement nécessaires. Pour plus d'informations sur CarePartners, veuillez appeler gratuitement au 877-626-1684.

XIII. SOINS MÉDECAUX COUVERTS PAR UNE ASSISTANCE FINANCIÈRE

Tous les soins médicaux fournis par les médecins de MaineHealth ou les groupes de médecins de Maine Medical Partners seront couverts par le programme d'assistance financière.

Certains prestataires de soins ne sont pas affiliés à MaineHealth et pourraient ne pas accepter notre détermination en matière d'assistance financière. Ces prestataires pourraient inclure: le Groupe Médical Spectrum (Anesthésie, Pathologie et Radiologie), les médecins d'InterMed et d'autres cabinets ou groupes de médecins privés.

RÉVISION: Comité de Règlement Institutionnel: _____

Directeur de Parrainage: _____ **Date:** _____
Directeur Principal du CBO

Approbation du VP / AVP: _____ **Date:** _____
VP du Cycle des Revenus

Critères de Gratuité de Soins de MaineHealth pour 2018		
	Exigences du Chapitre 150 du DHHS de Maine	
Personnes dans la famille	150% de FPL	175% de FPL
1	\$ 18,210	\$ 21,245
2	\$ 24,690	\$ 28,805
3	\$ 31,170	\$ 36,365
4	\$ 37,650	\$ 43,925
5	\$ 44,130	\$ 51,485
6	\$ 50,610	\$ 59,045
7	\$ 57,090	\$ 66,605
8	\$ 63,570	\$ 74,165
Pour chaque personne supplémentaire, ajouter	\$ 6,480	\$ 7,560
Réduction Appliquée:	100%	100%

REMARQUE
SOINS MEDICAUX POUR CEUX QUI SONT INCAPABLE DE PAYER

La loi de Maine exige que la gratuité de soins médicaux soit accordée aux personnes ayant un revenu inférieur à 150% du seuil de pauvreté fédéral. Toutefois, MaineHealth fournit la gratuité de soins aux habitants de Maine à 175% du seuil de pauvreté.

Critères de Gratuité de Soins de MaineHealth pour 2018		
	Exigences du Chapitre 150 du DHHS de Maine	
Personnes dans la famille	150% de FPL	175% de FPL
1	\$ 18,210	\$ 21,245
2	\$ 24,690	\$ 28,805
3	\$ 31,170	\$ 36,365
4	\$ 37,650	\$ 43,925
5	\$ 44,130	\$ 51,485
6	\$ 50,610	\$ 59,045
7	\$ 57,090	\$ 66,605
8	\$ 63,570	\$ 74,165
Pour chaque personne supplémentaire, ajouter	\$ 6,480	\$ 7,560
Réduction Appliquée:	100%	100%

On vous demandera si vous avez une assurance de quelque nature que ce soit pour aider à payer vos soins. On vous demandera peut-être également de démontrer qu'une assurance ou qu'un programme gouvernemental ne paiera pas pour vos soins.

Les frais n'excéderont pas les montants facturés à Medicare

Si vous êtes approuvé pour une assistance financière en vertu de notre règlement et que votre approbation ne couvre pas 100% de nos frais pour les soins, vous ne serez pas facturé davantage pour des soins d'urgence ou pour d'autres soins médicalement nécessaires que le montant généralement facturé aux patients souscrits.

Seuls les soins médicaux nécessaires sont dispensés gratuitement.

Si vous n'êtes pas éligible à la gratuité de soins médicaux, vous pouvez demander une audition équitable. Nous vous expliquerons comment demander une audition équitable.