



**TITRE : POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE**

**POLITIQUE :**

Le Code fiscal (Internal Revenue Code) [article 501(r)] exige des hôpitaux qu'ils fournissent des services gratuits ou à prix réduit pour les soins d'urgence ou les autres soins médicaux indispensables aux patients considérés comme étant dans l'incapacité de payer, en totalité ou en partie, leurs soins, étant donnée leur situation financière.

Le Gracie Square Hospital (ci-après dénommé l'« hôpital ») reconnaît qu'il est de sa responsabilité de fournir une aide financière (ci-après dénommée l'« aide financière ») aux personnes non assurées ou sous-assurées et qui ont bénéficié de prestations d'urgence ou d'autres prestations médicales indispensables à l'hôpital. L'hôpital s'engage à procéder à l'évaluation complète des besoins de chaque patient(e) et à administrer une aide financière au besoin, indépendamment de l'âge, du sexe, de l'ethnicité, de l'origine nationale, du statut socio-économique ou d'immigrant, de l'orientation sexuelle ou de l'appartenance religieuse.

Si une personne est présumée admissible par l'hôpital à une aide financière, l'hôpital ne doit pas engager de mesure extraordinaire de recouvrement (Extraordinary Collection Action, ECA), y compris des actions civiles contre cet individu.

**APPLICABILITÉ : (cochez toutes les réponses appropriées)**

**Sujet :** Adultes

**Établissement de soins :** Services internes de psychiatrie

**Personnel :**

- ☒ Personnel clinique
- ☒ Personnel non clinique
- ☐ Autre – préciser :

---

Dates de la politique :

Nouvelle version : 03/03/2020

Réexamen : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Révision : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Date d'entrée en vigueur : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024



## **POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE SUITE**

### **APPLICABILITE :**

1. Cette politique s'applique à tous les soins d'urgence ou autres soins médicaux indispensables administrés à un individu pouvant prétendre à l'aide dispensée par l'hôpital et son personnel, en vertu de la présente politique.
2. Cette politique s'applique à tous les services d'urgence administrés aux résidents de l'État de New York et aux services de soins médicaux indispensables non urgents fournis aux résidents de la zone principale de service de l'hôpital remplissant les critères demandés, qui compte les cinq arrondissements (comtés) de la ville de New York. Les services médicaux indispensables désignent tous les services couverts, désignés par le programme Medicaid de l'État de New York.
3. La présente politique d'aide financière s'applique à tous les services médicaux fournis par l'hôpital.
4. Outre la couverture des patients non assurés susceptibles de bénéficier de cette aide, la présente politique s'applique aux personnes admissibles et qui font face à des frais médicaux exceptionnels, y compris les tickets modérateurs, les franchises ou les coassurances, ou celles qui ont épuisé leurs prestations d'assurance maladie (y compris, mais sans s'y limiter, les comptes d'épargne santé).
5. L'aide financière sera évaluée après dépôt d'un formulaire de demande dûment rempli, accompagné des documents nécessaires. Dans certains cas définis et précisés dans le présent document, l'aide financière pourra être accordée aux patients en fonction d'un barème calculé à partir de revenus présumés communiqués par les agences de crédit ou spécialisées dans l'évaluation du crédit.
6. L'aide financière sera accordée après que le cas du patient (de la patiente) a été examiné pour déterminer son admissibilité au programme Medicaid ou à d'autres programmes d'assurance, si cela est jugé raisonnable ou approprié.
7. Des exceptions à cette politique peuvent être faites sur approbation d'un représentant agréé de l'hôpital. Les litiges relatifs à la nécessité médicale seront soumis à l'arbitrage du service chargé de la gestion des soins hospitaliers (Hospital's Care Management Department), conformément aux politiques et procédures applicables de l'hôpital.

---

#### Dates de la politique :

Nouvelle version : 03/03/2020

Réexamen : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Révision : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Date d'entrée en vigueur : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024



## **PROCÉDURE :**

### **A. Demande : délais/lieu/documents**

1. Les documents écrits, y compris la demande, la politique complète et le résumé en langage simple (« résumé »), devront être mis à disposition des patients dans les langues principalement parlées à l'hôpital, sur simple demande et gratuitement, par les services d'admission de l'hôpital au cours du processus d'admission et d'enregistrement, à la sortie ou par courriel. De plus, ces documents devront être mis à disposition sur le site internet de l'hôpital ([www.nygsh.org](http://www.nygsh.org)) Une notification concernant la présente politique devra également être adressée aux patients par la publication visible des informations, dans les langues appropriées, dans le service d'admission de l'hôpital aussi bien que par l'ajout d'informations sur les factures et relevés de compte envoyés aux patients, expliquant que les patients admissibles peuvent bénéficier d'une aide financière et comment obtenir des informations complémentaires.
2. Les documents de demande doivent clairement établir, par le biais d'un avis adressé aux patients, que s'ils déposent une demande complète, avec toutes les informations ou tous les documents nécessaires afin de permettre de déterminer leur admissibilité en vertu de la présente politique, ils n'auront à régler aucune facture de l'hôpital jusqu'à ce que l'hôpital ait pris une décision concernant leur demande.
3. Les patients peuvent demander à bénéficier d'une aide en réclamant un formulaire de demande et en déposant leur demande dûment remplie à tout moment pendant les processus de facturation et de recouvrement. Les décisions concernant les demandes devront être adressées par écrit aux demandeurs dès que possible après le dépôt des demandes complètes mais, dans tous les cas, sous trente (30) jours à compter de la réception des demandes par l'hôpital. Si des renseignements supplémentaires doivent être fournis par les demandeurs pour déterminer leur admissibilité, l'hôpital devra les demander sous ces trente (30) jours. Les instructions écrites décrivant les modalités de recours pour contester un refus ou une autre décision négative et les coordonnées du Département de la santé de l'État de New York (New York State Department of Health) doivent être jointes à toute décision négative ou tout refus relatif à une demande.
4. Les demandeurs doivent fournir les informations et les documents appuyant leur demande, y compris, mais sans s'y limiter, les documents attestant les informations indiquées sur leur formulaire de demande. Les documents peuvent comprendre, par exemple, des fiches de paie une lettre de leur employeur, le cas échéant, et le formulaire 1040 de l'administration fiscale (Internal Revenue Service) pour attester des revenus.
5. Les actifs ne peuvent pas être pris en compte.

---

#### Dates de la politique :

Nouvelle version : 03/03/2020

Réexamen : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Révision : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Date d'entrée en vigueur : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024



## **POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE SUITE**

6. L'hôpital peut procéder à des demandes d'informations et obtenir des rapports auprès de tiers, tels que des agences de crédit, concernant certains patients afin de déterminer s'ils peuvent être présumés admissibles (admissibilité présumée) à l'aide financière dans les conditions limitées suivantes :
- a)** Après la sortie de l'hôpital du patient (de la patiente) ;
  - b)** Le patient (la patiente) n'a pas d'assurance ou le seuil de son assurance est dépassé ;
  - c)** Le compte du patient (de la patiente) présente un solde de plus de 300,00 dollars ;
  - d)** Le patient (la patiente) a reçu au moins une facture et le délai de paiement imparti de cette facture a expiré et,
  - e)** Le patient (la patiente) n'a ni déposé ni rempli de demande d'aide financière ;
  - f)** Le patient (la patiente) a été informé(e) par le biais d'un avis inclus dans une facture que l'hôpital peut obtenir un rapport de solvabilité avant l'obtention ;
  - g)** Les rapports de solvabilité ne pourront pas être utilisés pour refuser les demandes d'aide financière ; L'hôpital ne pourra pas communiquer l'état du compte du patient (de la patiente) à ces tiers.
7. L'hôpital ne pourra pas reporter ou refuser (ou exiger le paiement avant l'administration) les soins d'urgence ou autres soins médicaux indispensables en raison du non-paiement, par une personne admissible à l'aide, d'une ou de plusieurs factures antérieures pour des services couverts en vertu de la présente politique.

### **B. Procédure d'appel**

1. Si un(e) patient(e) est insatisfait(e) de la décision concernant sa demande d'aide financière, il (elle) peut faire appel de cette décision en soumettant les raisons de son mécontentement et tout justificatif au directeur adjoint (à la directrice adjointe) des comptes patient sous vingt (20) jours à compter de la décision.
2. Le directeur adjoint (la directrice adjointe) disposera de quinze (15) jours ouvrés pour examiner la demande d'appel et répondre, par écrit, au patient (à la patiente).
3. Si le (la) patient(e) est toujours insatisfait(e) de la décision du directeur adjoint (de la directrice adjointe), il (elle) pourra faire appel de la décision du directeur adjoint (de la directrice adjointe) par écrit, en indiquant ses motifs, et en fournissant tous les justificatifs au directeur (à la directrice) des comptes patient.
4. Le directeur (la directrice) devra donner sa décision par écrit sous quinze (15) jours, à compter de la réception de la demande d'appel. La décision du directeur (de la directrice) sera définitive.

---

#### Dates de la politique :

Nouvelle version : 03/03/2020

Réexamen : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Révision : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Date d'entrée en vigueur : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024



## **POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE SUITE**

5. Aucune activité de recouvrement ne devra être exercée tant que l'appel n'est pas résolu.

### **C. Processus de paiement**

1. Sous réserve des dispositions de la présente politique, l'hôpital devra administrer des soins gratuits ou à prix réduit aux demandeurs non assurés ou aux demandeurs, qu'il s'agisse d'individus ou de familles, dont les prestations d'assurance maladie sont épuisées pour une prestation particulière, y compris, mais sans s'y limiter, les comptes d'épargne santé, avec des revenus inférieurs à 600 % du seuil fédéral de pauvreté, tel qu'indiqué dans les Directives fédérales sur la pauvreté pour les revenus non agricoles (Federal Poverty Guidelines for Non-Farm Income) publiées chaque année (les directives relatives au revenu en vigueur à la date de la réception de la demande remplie, et non à la date de prestation du service, seront utilisées afin de déterminer l'admissibilité) conformément à l'échelle mobile de tarification appropriée pour l'année en cours : « Échelle mobile de tarification – patients hospitalisés » (annexe A).
2. L'hôpital devra limiter les frais facturés aux personnes admissibles au programme d'aide financière aux montants généralement facturés (amounts generally billed, AGB) des frais de soins d'urgence ou d'autres soins médicaux indispensables aux personnes ayant une assurance. L'hôpital calcule les AGB en utilisant la méthode prospective et établit ce taux (le « taux applicable ») en fonction des taux Medicaid en vigueur de la rémunération à l'acte de l'État de New York, promulgués par le Département de la santé de l'État de New York. À la suite d'une décision d'admissibilité à l'aide financière, une personne admissible ne pourra pas se voir facturer des montants supérieurs aux montants généralement facturés pour les soins d'urgence ou les soins médicaux indispensables. Pour déterminer les montants facturés aux personnes admissibles à l'aide financière, l'hôpital devra appliquer une méthodologie de rabais selon un barème dégressif des AGB, conformément à l'annexe A, en fonction de la taille du foyer et des revenus de la personne. À titre d'exemple uniquement, un(e) patient(e) jugé(e) admissible à l'aide financière et dont le foyer est composé de trois personnes disposant d'un revenu de 35 000 \$ sera facturé(e) à concurrence de 10 % du taux Medicaid en vigueur (**AGB**) applicable à l'hospitalisation de ce type de patient, tel que calculé conformément à l'annexe A.

**3. Échéanciers de paiement.** Si un(e) patient(e) n'est pas en mesure de régler le solde de son compte, l'hôpital devra tenter de négocier un échéancier de paiement avec ce patient (cette patiente). Lors de la négociation d'un échéancier de paiement avec le patient (la patiente), l'hôpital devra prendre en compte le solde dû et les capacités de paiement du patient (de la patiente).

Les échéanciers de paiement devront permettre de régler le solde dû sous six (6) mois.

---

#### Dates de la politique :

Nouvelle version : 03/03/2020

Réexamen : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Révision : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Date d'entrée en vigueur : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024



## **POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE SUITE**

- a. La période de paiement pourra être prolongée de six (6) mois si, à la discrétion de l'hôpital, la situation financière du patient (de la patiente) justifie une telle prolongation.
- b. Le paiement mensuel ne devra pas dépasser dix pour cent (10 %) du salaire mensuel brut du patient (de la patiente).
- c. Si le patient (la patiente) ne s'acquitte pas de deux paiements échus, puis du règlement sous les trente (30) jours qui suivent, le solde intégral sera dû.
- d. Si des intérêts sont facturés au patient (à la patiente), le taux d'intérêt appliqué à tout solde impayé ne devra pas être supérieur au taux des obligations de quatre-vingt-dix jours émis par le Département du trésor des États-Unis (US Department of Treasury), plus un demi-pour cent (0,5 %). Les échéanciers de paiement ne devront pas inclure de clause d'accélération ou équivalent déclenchant l'application d'un taux d'intérêt supérieur sur un défaut de paiement.
- e. **Acomptes.** Un(e) patient(e) nécessitant des soins médicaux indispensables qui dépose une demande d'aide financière ne devra pas avoir à verser d'acompte. Tout acompte versé par un(e) patient(e) avant qu'il (elle) ne dépose sa demande d'aide financière devra être inclus dans tout examen de demande d'aide médicale. S'il s'avère que ce patient (cette patiente) est jugé(e) admissible à des soins gratuits, l'intégralité de l'acompte devra lui être remboursée. Si le patient (la patiente) est jugé(e) admissible à une remise, tout solde de l'acompte supérieur à ce que le patient (la patiente) sera censé(e) devoir à l'hôpital devra lui être remboursé.
- f. L'hôpital devra tenir la comptabilité des montants en dollars facturés au titre de l'aide financière dans les systèmes de comptabilité financière de l'hôpital, conformément à la loi de l'État de New York en vigueur.
- g. Un mécanisme de mesure de la conformité de l'hôpital à la présente politique devra être développé et mis en œuvre.

### **D. Information/Sensibilisation du public**

- 1. Le personnel de l'hôpital devra être informé de la disponibilité de l'aide financière et formé à l'orientation des patients ou de leurs représentants en vue d'obtenir des informations complémentaires concernant le processus de demande. En particulier, l'hôpital devra fournir une formation sur cette politique à l'ensemble du personnel au contact des patients ou responsable de la facturation et du recouvrement.
- 2. Tout avis aux patients concernant la présente politique devra être conforme à la procédure A.1.

---

#### Dates de la politique :

Nouvelle version : 03/03/2020

Réexamen : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Révision : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Date d'entrée en vigueur : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024



## **POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE SUITE**

3. Le résumé, y compris les informations spécifiques relatives aux tranches de revenus utilisées pour déterminer l'admissibilité à l'aide, une description de la zone principale de service de l'hôpital et les modalités de demande de l'aide, ainsi que la politique et le formulaire de demande mis à la disposition des patients, devront être publiés sur le site internet de l'hôpital ([www.nyqsh.org](http://www.nyqsh.org)).
4. L'hôpital devra informer le public en général, les agences des services à la personne et de soins de santé de la communauté locale, ainsi que les autres organisations locales qui aident les personnes démunies, de l'existence de l'aide financière. Les mesures prises pour informer les agences publiques et les organismes à but non lucratif locaux incluent :
  - a) La mise à disposition de la politique, du résumé et des formulaires de demande aux dirigeants locaux des conseils consultatifs communautaires et des conseils des dirigeants, mais aussi à une sélection d'établissements scolaires et d'organisations confessionnelles à proximité du campus hospitalier ;
  - b) La rencontre des conseils communautaires locaux, des organisations confessionnelles, des organismes de services à la personne, ainsi que des représentants élus et de leur personnel afin de les informer sur la politique ;
  - c) La distribution de copies de la politique, du résumé et du formulaire de demande lors de manifestations de rue et autres événements communautaires parrainés par l'hôpital dans sa zone de service.

### **E. Pratiques et procédures de recouvrement**

1. L'hôpital a mis en place des pratiques et procédures de recouvrement afin de promouvoir l'accès des patients à des soins de santé de qualité tout en minimisant les dettes impayées au Gracie Square Hospital. Ces pratiques et ces procédures visent à promouvoir les activités de recouvrement de la dette exercées par les agences de recouvrement et les avocats au nom de l'hôpital, conformément aux missions, valeurs et principes fondamentaux de l'hôpital, y compris, mais sans s'y limiter, à la politique d'aide financière de l'hôpital.
2. Les pratiques et les procédures de recouvrement de l'hôpital sont décrites dans une politique de recouvrement distincte, conformément aux dispositions du Code de l'administration fiscale (Internal Revenue Code) [26 U.S.C. article 501(r)]. La politique de recouvrement est disponible dans nos bureaux d'admission ou sur notre site internet à l'adresse suivante [www.nyqsh.org](http://www.nyqsh.org) en anglais et dans d'autres langues.

---

#### Dates de la politique :

Nouvelle version : 03/03/2020

Réexamen : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Révision : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Date d'entrée en vigueur : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024



## **POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE SUITE**

### **RESPONSABILITÉ :**

Service financier

### **RÉFÉRENCES :**

[\*\*C106FinancialAidPolicy.pdf\*\*](#)

### **MÉTHODE D'APPROBATION :**

| <b>Comité(s) (<i>le cas échéant</i>)</b> | <b>Date d'approbation</b> |
|------------------------------------------|---------------------------|
| Comité des politiques et des procédures  | 8/2024                    |

---

#### Dates de la politique :

Nouvelle version : 03/03/2020

Réexamen : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Révision : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Date d'entrée en vigueur : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024



## ANNEXE A

### ANNEXE A : ÉCHELLE MOBILE DE TARIFICATION – PATIENTS HOSPITALISÉS SELON LES DIRECTIVES HHS SUR LA PAUVRETÉ POUR LES REVENUS NON AGRICOLES – JUSQU’À 600 %

| PAIEMENT PATIENT                                       | Hospitalisation | 10% du tarif applicable |           | 20% du tarif applicable |           | 55% du tarif applicable |           | 90% du tarif applicable |           | 100% du tarif applicable |           | AUCUNE REDUCTION |
|--------------------------------------------------------|-----------------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|-------------------------|-----------|--------------------------|-----------|------------------|
| DIRECTIVES DU POURCENTAGE DU SEUIL DE PAUVRETE FEDERAL | 100%            | 101%-200%               |           | 201%-300%               |           | 301%-400%               |           | 401%-500%               |           | 501%-600%                |           | >600%            |
| TAILLE DE LA FAMILLE                                   | < À OU =        | > À                     | < À OU =  | > À                     | < À OU =  | > À                     | < À OU =  | > À                     | < À OU =  | > À                      | < À OU =  | > À              |
| 1                                                      | \$15,060        | \$15,060                | \$30,120  | \$30,120                | \$45,180  | \$45,180                | \$60,240  | \$60,240                | \$75,300  | \$75,300                 | \$90,360  | \$90,360         |
| 2                                                      | \$20,440        | \$20,440                | \$40,880  | \$40,880                | \$61,320  | \$61,320                | \$81,760  | \$81,760                | \$102,200 | \$102,200                | \$122,640 | \$122,640        |
| 3                                                      | \$25,820        | \$25,820                | \$51,640  | \$51,640                | \$77,460  | \$77,460                | \$103,280 | \$103,280               | \$129,100 | \$129,100                | \$154,920 | \$154,920        |
| 4                                                      | \$31,200        | \$31,200                | \$62,400  | \$62,400                | \$93,600  | \$93,600                | \$124,800 | \$124,800               | \$156,000 | \$156,000                | \$187,200 | \$187,200        |
| 5                                                      | \$36,580        | \$36,580                | \$73,160  | \$73,160                | \$109,740 | \$109,740               | \$146,320 | \$146,320               | \$182,900 | \$182,900                | \$219,480 | \$219,480        |
| 6                                                      | \$41,950        | \$41,950                | \$83,900  | \$83,900                | \$125,850 | \$125,850               | \$167,800 | \$167,800               | \$209,750 | \$209,750                | \$251,700 | \$251,700        |
| 7                                                      | \$47,340        | \$47,340                | \$94,680  | \$94,680                | \$142,020 | \$142,020               | \$189,360 | \$189,360               | \$236,700 | \$236,700                | \$284,040 | \$284,040        |
| 8                                                      | \$52,720        | \$52,720                | \$105,440 | \$105,440               | \$158,160 | \$158,160               | \$210,880 | \$210,880               | \$263,600 | \$263,600                | \$316,320 | \$316,320        |
| ajouter pour chaque personne supplémentaire            | \$5,380         |                         |           |                         |           |                         |           |                         |           |                          |           | \$32,280         |

Source: Avis du Registre Fédéral pour les Lignes Directrices sur la Pauvreté 2024, publié le 17 janvier 2024

#### Dates de la politique :

Nouvelle version : 03/03/2020

Réexamen : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Révision : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024

Date d'entrée en vigueur : 03/2020, 02/2022, 08/2022, 08/2024