IDENT	PAS1A
Type de document	Politique
Type d'applicabilité	UVMH CVMC/PMC/UVMMC
Titre du propriétaire	Accès patient AVP
Titre du responsable de l'approbation	Vice-président exécutif des finances et directeur financier
Date d'entrée en vigueur	1/1/2026
Date de la prochaine révision	1/1/2029

TITRE : Programme d'aide financière – Hôpitaux du Vermont

OBJET : Ce document vise à établir une politique et une procédure pour la gestion du Programme d'Aide Financière des hôpitaux du Vermont relevant du University of Vermont Health.

ÉNONCÉ DE POLITIQUE : Le University of Vermont Health (« UVMH ») est une organisation centrée sur le patient, engagée à traiter tous les patients de manière équitable, avec dignité et respect, indépendamment de leur couverture d'assurance maladie ou de leurs ressources financières. Les hôpitaux partenaires du Vermont du University of Vermont Health Network (UVMH), tels que définis ci-dessous, s'engagent à fournir une aide financière aux personnes ayant des besoins essentiels en matière de soins de santé et qui sont non assurées, sous-assurées, non admissibles à un programme gouvernemental ou autrement incapables de payer les soins médicalement nécessaires en fonction de leur situation financière individuelle. Fidèle à sa mission de fournir des soins de santé compatissants, de haute qualité et abordables, et à ses obligations en tant qu'organisation à but non lucratif, le UVMH veille à ce que la capacité financière des personnes ayant besoin de soins ne constitue pas un obstacle à l'accès ou à la réception de ces soins.

L'aide financière ne remplace pas la responsabilité individuelle. Les patients sont tenus de coopérer avec les procédures des hôpitaux partenaires du Vermont de l'UVMH pour obtenir d'autres formes de paiement ou d'aide financière, et de contribuer au coût de leurs soins en fonction de leur capacité individuelle à payer. Il est recommandé aux personnes ayant des capacités financières suffisantes pour souscrire une assurance maladie de le faire, afin de garantir l'accès aux services de soins de santé, pour leur santé personnelle en général et pour la protection de leurs biens individuels.

Afin de gérer les ressources de manière responsable et de permettre à l'UVMH de fournir un niveau d'aide approprié au plus grand nombre de personnes dans le besoin, les politiques et procédures suivantes ont été établies pour la fourniture d'une aide financière aux patients.

La politique s'applique aux services hospitaliers généraux en hospitalisation et aux services hospitaliers ambulatoires des hôpitaux partenaires du suivants de l'UVMH dans le Vermont :

Central Vermont Medical Center
130 Fisher Road
Berlin, VT 05602

Porter Medical Center
115 Porter Drive
Middlebury, VT 05753

The University of Vermont Medical Center
111 Colchester Avenue
Burlington, VT 05401

PROCÉDURES :

Aide financière

<u>Éligibilité aux services de soins de santé</u>:

Les services suivants sont éligibles à l'aide financière :

- Services médicaux d'urgence dans un service d'urgence et
- Services de soins de santé médicalement nécessaires, tels que les services d'urgence pour une affection qui, si elle n'est pas traitée rapidement, entraînerait une détérioration de l'état de santé d'une personne.

Les services non éligibles à l'aide financière comprennent, sans s'y limiter :

- Soins esthétiques/plastiques ;
- Services liés à la fertilité ou à l'infertilité (ex. : IVF, vasectomie/inversion, ligature/inversion des trompes) ;

- Soins non médicalement nécessaires, y compris les soins de garde en l'absence de nécessité d'hospitalisation aiguë ;
- Services couverts par une politique globale (ex. : remise déjà appliquée) ;
- Services de recherche/expérimentaux ;
- Soins prodigués à des non-citoyens américains présents aux États-Unis avec un visa de visiteur ou de tourisme, *sauf si* (i) ces soins sont prodigués dans un service d'urgence ; ou (ii) ces ressortissants non américains résident ou travaillent dans le Vermont au moment où ces soins sont prodigués ;
- Services rendus à Appletree Bay ; et
- Services remboursés directement au patient par une compagnie d'assurance ou un tiers payeur

Couverture des praticiens: Tous les soignants employés par l'UVMH et exerçant dans les hôpitaux partenaires de l'UVMH dans le Vermont et les cabinets médicaux sont couverts par cette police. Une liste à jour des praticiens éligibles est disponible sur le site web de chaque hôpital concerné, dont les liens figurent dans la section Coordonnées du programme de la présente police. Pour obtenir gratuitement une copie papier de la liste, veuillez contacter notre service clientèle au 802-847-8000 ou au 800-639-2719.

Couverture de l'hôpital: Tous les services éligibles fournis ou prescrits dans les hôpitaux partenaires de l'UVMH dans le Vermont, que les médecins soient employés ou non. *Remarque* : Cette disposition concerne uniquement la facturation des hôpitaux/établissements ; veuillez consulter la couverture des praticiens pour savoir si la facture du médecin est couverte.

Éligibilité financière : L'éligibilité à l'aide financière sera évaluée pour les personnes non assurées, sous-assurées, non éligibles à un programme gouvernemental de soins de santé ou incapables de payer leurs soins, sur la base d'une évaluation des besoins financiers conformément à la présente politique. L'octroi de l'aide sera basé sur une évaluation individuelle des besoins financiers et sera soumis aux critères de résidence définis ci-dessous, mais ne tiendra pas compte de l'âge, de la race, de la couleur, du sexe, de l'orientation sexuelle, de l'identité sexuelle, de l'état civil, de la religion, de l'ascendance, de l'origine nationale, de la citoyenneté, du statut d'immigrant, de la langue principale, du handicap, de l'état de santé ou des informations génétiques.

Sauf en cas d'indigence médicale catastrophique (telle que définie ci-dessous), l'éligibilité à l'aide financière est basée sur un test de revenu et un test d'actifs. Un patient doit passer les deux tests pour être éligible à l'aide financière.

- Critère de revenu : Un patient dont le revenu du ménage, calculé conformément à l'article 18 V.S.A. § 9481(5), est égal ou inférieur à 400 % du seuil fédéral de pauvreté (FPLG) peut passer le test de revenu.
    - Les personnes à charge âgées de 18 ans ou plus peuvent être incluses dans la taille du ménage lorsqu'elles sont répertoriées comme personnes à charge dans la déclaration fédérale de revenus.
    - Les travailleurs migrants dont les membres de la famille directe (conjoint et enfants biologiques/adoptifs) résident à l'étranger seront inclus dans la taille du ménage.

- Critère de ressources : Chaque personne/ménage est autorisé à disposer de liquidités équivalentes à 400 % du seuil fédéral de pauvreté (FPLG), ajusté en fonction de la taille du ménage. Si les liquidités sont inférieures à ce seuil, le patient satisfait au critère de ressources.
    - Les liquidités sont des actifs qui peuvent être convertis en espèces sans pénalités importantes, et comprennent, sans s'y limiter : les comptes chèques, d'épargne ou du marché monétaire ; les comptes de courtage non qualifiés.
    - Les actifs liquides *excluent* spécifiquement la résidence principale du ménage, les comptes de retraite qualifiés (par exemple, 401(k), IRA, etc.), les plans de pension et les comptes d'épargne 529, les propriétés secondaires et les terrains. Ces actifs ne seront pas pris en compte dans l'évaluation de l'éligibilité à l'aide financière.

- Indigence médicale catastrophique : Pour les patients dont le revenu familial, calculé conformément à l'article 18 V.S.A. § 9481(5), est inférieur ou égal à 600 % du FPLG, et dont les frais hospitaliers à leur charge dépassent 20 % du revenu familial, l'UVMH réduira le montant dû par le patient à 20 % du revenu familial ou à 10 000 dollars, le montant le moins élevé étant retenu.

Critères de résidence: Les patients doivent résider dans la zone desservie par l'UVMH, sauf si les soins étaient urgents ou d'urgence. Les services programmés pour les patients résidant en dehors de la zone desservie par l'UVMH ne sont pas éligibles

à l'aide financière. L'aide financière pour les personnes résidant en dehors de la zone desservie par l'UVMH ne sera accordée que dans des circonstances exceptionnelles et avec l'autorisation appropriée.

La zone de service de l'UVMH est définie comme suit : tous les comtés du Vermont, certains comtés de New York (Clinton, Essex, Franklin, Washington, Hamilton, Warren et St. Lawrence) et certains comtés du New Hampshire pour le laboratoire de référence (comtés de Coos, Grafton et Sullivan).

- Les résidents du Vermont sont des personnes vivant dans le Vermont, employées par un employeur du Vermont pour fournir des services dans le Vermont ou fréquentant une école dans le Vermont, ou une combinaison de ces éléments. Ce terme désigne toute personne résidant dans l'État de Vermont au moment de la prestation des soins, mais ne disposant pas d'un logement permanent et stable.
- Les résidents de New York doivent vivre dans notre zone de service pendant plus de 6 mois par an pour être considérés comme des résidents.

La preuve de résidence peut être l'un des documents suivants :

- La dernière déclaration de revenus fédérale indiquant une adresse dans la zone de service ;
- Permis de conduire délivré dans la zone de service, factures de logement indiquant une adresse dans la zone de service, bail locatif ou facture de services publics avec adresse dans la zone de service, copie du contrat de travail migrant ou lettre d'emploi contractuel de l'employeur ;
- Fiches de paie d'un employeur situé au Vermont, preuve d'inscription scolaire, attestation écrite de la clinique Open-Door (Open-Door Clinic) ; ou
- Une déclaration écrite et signée du patient (ou de son tuteur ou de son aidant, selon le cas) indiquant que le patient vivait dans le Vermont sans logement stable au moment des soins.

Assurance maladie et paiements de responsabilité civile: Les soins prodigués dans un hôpital partenaire de l'UVMH dans le Vermont seront facturés à la couverture principale du patient, à une assurance médicale privée, à un régime de santé professionnel de l'employeur, à l'indemnisation des accidents du travail ou en attente de paiement par des assureurs médicaux/de responsabilité civile. Dans les cas où un paiement potentiel au titre de la responsabilité civile automobile/accident est en attente à une date ultérieure, l'UVMH déposera un privilège afin de protéger ses intérêts financiers, à l'exception des bénéficiaires de Medicare/Medicaid. Une fois le privilège déposé, une aide financière peut être accordée si le patient remplit les conditions requises. Si des paiements au titre de la responsabilité civile sont versés ultérieurement, le privilège de l'UVMH permettra à l'UVMH de récupérer tout ou partie de l'aide financière initialement accordée au patient.

Critères relatifs aux programmes de santé publique/à l'échange de soins de santé: Les patients sollicitant l'aide financière du programme d'aide financière de l'UVMH Vermont Hospital Partner sont évalués afin de déterminer leur éligibilité potentielle aux programmes de soins de santé fédéraux ou étatiques et sont encouragés à souscrire une assurance maladie. À l'exception des immigrants sans papiers, les patients candidats potentiels à l'éligibilité à Medicare ou Medicaid doivent remplir une demande et se conformer aux directives de ces programmes pour pouvoir bénéficier du programme d'aide financière de l'UVMH.

Exclusion :

- Les patients relevant des exclusions de l'ACT119 ne verront pas leur réduction affectée par ce critère.
- Les résidents du Vermont remplissant les conditions requises pour bénéficier de Medicaid ne sont tenus de demander une couverture que si leurs revenus sont inférieurs aux limites maximales fixées par Medicaid.
- Le refus d'un immigré sans papiers de faire une demande auprès des programmes publics ne constitue pas un motif de refus d'aide financière.
- Le refus des résidents du Vermont de souscrire une assurance maladie privée ou d'échange ne peut constituer un motif de refus d'aide financière.
- Les patients dont les croyances religieuses ou culturelles interdisent de solliciter une aide gouvernementale peuvent être exemptés du critère lié aux programmes de santé publics. Toutefois, ils devront assumer une part de responsabilité financière, déterminée par le comité d'appel du programme d'aide financière et le directeur financier (CFO).

Évaluation des besoins financiers: L'évaluation du besoin financier repose sur une analyse individualisée incluant :

- Un processus de demande dans lequel le patient ou son garant doit coopérer et fournir les informations personnelles, financières et autres documents pertinents ;

- Une consultation de sources de données publiques externes sur la capacité de paiement du patient ou de son garant ;
- Des efforts raisonnables de la part de l'UVMH pour explorer d'autres sources de paiement et de couverture appropriées provenant de programmes de paiement publics et privés et, le cas échéant, pour aider le patient à faire une demande auprès de ces programmes ;
- La prise en compte des liquidités disponibles du patient et de toutes les autres ressources financières dont il dispose ; et
- Un examen des comptes débiteurs en souffrance du patient auprès de l'UVMH pour les services antérieurs éligibles qui lui ont été rendus.

Dans les cas d'aide financière présumée, comme décrit ci-dessous, le processus de demande peut être modifié à la discrétion de l'UVMH.

Il est préférable, mais pas obligatoire, que la demande d'aide financière et l'évaluation des besoins financiers aient lieu avant la prestation des services. Le patient doit avoir: un solde patient actuel dû à un hôpital partenaire de l'UVMH dans le Vermont, ou avoir un compte en attente de règlement par une assurance, susceptible de générer un solde patient dû à un hôpital partenaire de l'UVMH dans le Vermont, ou encore il doit avoir un service futur prévu/prescrit dans un hôpital partenaire de l'UVMH dans le Vermont qui susceptible de générer un solde patient.

Éligibilité présumée à l'aide financière: Il existe des situations dans lesquelles un patient peut sembler admissible à une aide, sans qu'aucune demande formelle ne soit enregistrée, faute de documents justificatifs. Parfois, les informations fournies par le patient ou obtenues par d'autres sources peuvent suffire à établir l'éligibilité à une aide financière.

L'éligibilité présumée peut être déterminée en fonction de la situation personnelle du patient, qui peut inclure :
- éligibilité à d'autres programmes d'assistance locaux ou étatiques non subventionnés (par exemple, Medicaid)
- L'admissibilité au programme d'aide alimentaire supplémentaire (SNAP)
- Participation aux programmes destinées aux femmes, nourrissons et enfants (WIC)
- Patient incarcéré / détenu ayant des soldes non couverts par une assurance
- Patient sans domicile fixe

L'éligibilité présumée sera codifiée par un code de transaction spécifique afin d'exclure ces montants du rapport de coûts Medicare.

Période de demande : L'UVMH traite les demandes complètes à tout moment pendant le processus de recouvrement.

Délais de traitement des demandes: Dans un délais de 30 jours calendaires suivant la réception d'une demande d'aide financière, l'UVMH informera le patient par écrit de l'acceptation ou du refus de sa demande ou, en cas de dossier incomplet, des informations nécessaires pour la compléter. Toute information supplémentaire demandée doit être renvoyée dans les 30 jours suivant la demande, faut de quoi la demande sera clôturée pour non-conformité. En cas de refus, la notification écrite de l'UVMH précisera les motifs factuels du refus. Si l'UVMH approuve la demande d'aide financière, l'UVMH fournira au patient un calcul de l'aide financière accordée et une facture révisée.

Si l'UVMH rejette la demande d'aide financière, le patient peut faire appel dans les 60 jours suivant la réception de la décision de l'UVMH. L'UVMH informera le patient de l'acceptation ou du rejet de son appel dans les 60 jours suivant la réception de celui-ci.

Période d'éligibilité à l'aide financière: La nécessité de l'aide financière doit être réévaluée à chaque fois que de nouveaux services sont prodigués, si la dernière évaluation financière remonte à plus de six mois, ou à tout moment où des informations supplémentaires concernant l'éligibilité du patient à l'aide deviennent connues. Les patients âgés de plus de 64 ans ou en situation de handicap, dont le revenu est fixe et inférieur à 400 % du seuil fédéral de pauvreté, feront l'objet d'une réévaluation annuelle. La réévaluation des employés à temps plein et à temps partiel de l'UVMH dont le revenu est inférieur à 400 % du seuil fédéral de pauvreté (FPLG) a lieu chaque année. Chaque patient doit informer l'UVMH de toute évolution de sa situation financière pendant sa période d'éligibilité.

Directives relatives à l'aide financière: Le montant de l'aide accordée à un patient éligible varie en fonction de son revenu. Pour les patients éligibles, mais non-assurés, l'aide consistera en une réduction du montant généralement facturé (« AGB ») pour les services reçus. Pour les patients éligibles qui sont assurés, l'aide consistera en une réduction des frais de leur prise charge. En aucun cas, un patient éligible ne sera facturé plus que le montant généralement facturé (AGB) pour les soins

d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires, après toutes les déductions, réductions (y compris les réductions prévues par la présente politique) et remboursements d'assurance.

Le montant généralement facturé, ou AGB, désigne le montant que l'UVMH facture généralement aux personnes qui ont une assurance couvrant les mêmes soins, déterminé à l'aide de la « méthode rétrospective » prévue à l'article 26 C.F.R. § 1.501(r)-5(b)(3). Vous pouvez obtenir gratuitement une copie du calcul et du pourcentage de l'AGB, qui est mis à jour chaque année, en écrivant à notre service clientèle ou en consultant notre site web. Voir les coordonnées du site web et du service d'assistance téléphonique dans la section Coordonnées du programme de la présente politique.

Octroi de l'aide :

- Les patients éligibles bénéficieront de soins gratuits (une réduction de 100 % sur les soldes à leur charge) lorsque leur revenu brut ajusté modifié est inférieur ou égal à 250 % du seuil fédéral de pauvreté (FPLG).
- Les patients éligibles non assurés dont le revenu brut ajusté modifié se situe entre 250 % et 400 % du FPLG bénéficieront d'une réduction supplémentaire de 40 % sur le montant généralement facturé pour les services reçus.
- Les patients éligibles bénéficiant d'une assurance ou d'une autre couverture pour les services fournis et dont le revenu du ménage se situe entre 250 % et 400 % du FPLG bénéficieront d'une réduction supplémentaire de 40 % sur les frais à leur charge, après paiement par l'assurance ou par une autre couverture.

Traitement des demandes approuvées: Une fois la demande approuvée, l'aide accordée au patient est appliquée à tous les soldes impayés (frais d'hospitalisation et frais de médecin, frais bruts pour les personnes non assurées et solde après assurance pour les personnes assurées) et s'étend sur une période de couverture de six ou douze mois, comme indiqué ci-dessus, lorsque le revenu est fixe au cours de l'année civile. La période de couverture commence à la date d'approbation et se termine le dernier jour du mois au cours duquel l'aide expire. Après ce délais, les patients devront présenter une nouvelle demande d'aide financière et, en fonction de leur situation financière, leur catégorie d'aide pourra être ajustée.

Remboursements : Si le patient soumet une demande d'aide financière complète et est jugé éligible à l'aide financière, l'UVMH remboursera tout montant excédentaire que le patient aura payé pour ses soins dans les 240 jours précédant la réception d'une demande complète. Les paiements effectués en dehors de cette période de 240 jours prévue pour la demande ne sont pas remboursables.

Appels/examens de cas individuels: L'UVMH reconnaît qu'il peut exister des circonstances où les revenus d'une personne dépassent les critères d'éligibilité du programme ou dans lesquelles l'aide accordée ne suffit pas à couvrir les frais impayés. Les patients disposent d'un délai de 60 jours à compter de la réception d'une décision écrite d'aide financière pour faire appel de la décision. L'UVMH informera le patient au plus tard 60 jours après réception de l'appel si celui-ci a été approuvé ou rejeté.

Un comité d'appel multidisciplinaire sera convoqué pour examiner les appels, ainsi que les cas catastrophiques ou inhabituels ne répondant pas aux critères établis par le programme, mais présentant des difficultés inhabituelles. Le comité examinera les cas et fera une recommandation au directeur financier. Le directeur financier est le décideur final.

Lorsque la nécessité médicale d'un service est incertaine, le dossier est soumis au médecin-chef ou à son représentant désigné, afin qu'une décision soit rendue quant au caractère médicalement nécessaire des soins dispensés. Si les services sont jugés médicalement nécessaires et que les critères d'éligibilité à l'aide financière sont remplis, une aide sera accordée.

Période de notification: Le UVMH s'engage à déployer des efforts raisonnables pour informer les patients de l'existence du programme d'aide financière. Cette période commence à la date à laquelle la facture du solde des soins du patient est présentée et se termine 180 jours plus tard. Conformément à la présente politique, plusieurs modes de notification sont mis en œuvre : avant la prestation des soins, pendant les soins et tout au long du cycle de facturation de 180 jours.

Si, à l'issue de cette période de 180 jours, le compte du patient a été transmis à une agence de recouvrement et qu'une demande d'aide est reçue et approuvée, le compte sera rappelé de l'agence et traité dans le cadre du programme d'aide financière.

Courriers de demande et d'acceptation: Conformément aux dispositions de la loi ACT119, les éléments suivants figureront dans les courriers adressés aux patients :

- Pour les demandes incomplètes, le courrier précisera les informations requises pour compléter le dossier.

- En cas d'approbation, le courrier indiquera le montant de l'aide accordée, les modalités de calcul du reste à charge, ainsi qu'une facture mise à jour pour les soldes dus lors du prochain cycle de facturation. Il fera également référence à des plans budgétaires dont les mensualités ne dépassent pas 5 % du revenu mensuel brut du patient.
- En cas de refus, le courrier exposera les motifs du rejet et les modalités de recours.

Efforts raisonnables : Toutes les évaluations seront effectuées pour déterminer l'éligibilité des patients l'aide financière, avant le transfert du solde à un service de recouvrement. L'évaluation peut inclure l'utilisation de scores présomptifs, la notification et le traitement des demandes, ainsi que la notification avant, pendant et après les soins.

- L'UVMH n'engagera aucune mesure de recouvrement extraordinaire (ECA).
- Les demandes incomplètes seront traitées avec notification au patient, incluant les instructions pour compléter correctement la demande et/ou les documents complémentaires requis, ainsi qu'un délai de 30 jours pour répondre à la demande de l'UVMH.
- L'UVMH traite les demandes complètes dans les 30 jours suivant leur réception.

Partenaires du University of Vermont Health : Les patients peuvent soumettre une seule demande d'aide auprès de n'importe quel partenaire de l'UVMH dans le Vermont mentionné dans la présente politique. En raison des variations dans la législation des États, des demandes distinctes sont générées pour les partenaires de l'UVMH situés dans l'État de New York. Chaque établissement appliquera le niveau d'aide correspondant au seuil FPLG défini pour l'institution, selon le calcul AGB propre à l'organisation. Les pièces justificatives seront conservées par l'organisme chargé du traitement de la demande, mais elles seront mises à la disposition de l'organisme partenaire, si nécessaire, afin de faciliter les services d'audit.

Communication du programme d'aide financière aux patients et au public : La notification relative à l'aide financière est disponible auprès de l'UVMH, qui fournira un numéro de contact, et sera diffusée par l'UVMH par divers moyens, entre autres :

- Mention du programme d'aide financière imprimée sur chaque relevé de compte du patient.
- Affichage d'avis dans les services d'urgence, d'admission et d'enregistrement et dans les bureaux des services financiers aux patients hébergés dans les campus des établissements ; des affichages bien visibles peuvent être consultés dans les principaux services d'enregistrement et d'urgence.
- Distribution d'un résumé de la politique en langage clair au moment de l'enregistrement sur les sites hospitaliers, et mise à disposition dans les cliniques satellites Fourniture de copies de la politique et de la demande sur demande.
- Pour les patients hospitalisés, en observation et en séjour court, un guide de l'hospitalisation sera fournie, comprenant les détails du programme d'aide financière.
- Les informations seront disponibles sur le site web de l'UVMH, notamment la politique, un résumé en langage clair, le formulaire de demande, une FAQ, les directives FPLG et les coordonnées pour obtenir une assistance de suivi.
- L'orientation des patients vers l'aide financière peut être effectuée par tout membre du personnel ou du corps médical de UVMH, y compris les médecins, infirmiers, conseillers financiers, travailleurs sociaux, gestionnaires de cas, aumôniers et parrains religieux. La demande d'aide financière peut être formulée par le patient ou un membre de sa famille, un ami proche ou un associé du patient, sous réserve des lois applicables en matière de confidentialité.
- Des traductions seront fournies aux personnes ayant une maîtrise limitée de l'anglais, pour les populations de plus de 1 000 personnes ou représentant 5 % de la communauté desservie. En outre, les traductions pour les partenaires de l'UVMH dans le Vermont comprendront les 14 langues les plus parlées identifiées par le rapport 2023 sur l'accès linguistique du Bureau de l'égalité raciale du Vermont. Les traductions écrites sont consultables sur notre site web public ou sur demande à tous les points d'enregistrement. Des traductions orales sont disponibles auprès du service clientèle et/ou des conseillers financiers dans l'enceinte principale de notre hôpital. Les coordonnées sont indiquées ci-dessous.
- Les patients nécessitant une traduction et/ou ayant un besoin d'aide pour remplir la demande seront assistés par des conseillers financiers et/ou des représentants du service clientèle, qui feront appel aux services d'un interprète approprié.
- Les informations, les cartes publicitaires et les dépliants sont disponibles auprès du bureau Community Health Improvement, où le personnel interagit régulièrement avec les centres communautaires et les défenseurs de la diffusion d'informations et de programmes accessibles au public.
- Les politiques, les formulaires de demande, les listes de praticiens et les copies du résumé en langage clair sont disponibles gratuitement en ligne ou en personne aux adresses indiquées ci-dessous.

Comment demander une aide financière: Les patients souhaitant bénéficier d'une aide financière doivent remplir et soumettre un formulaire de demande, accompagné de tous les documents requis. Les demandes doivent comporter la signature

du demandeur ou celle d'un représentant agissant en son nom (c'est-à-dire un mandataire). La signature atteste de l'exactitude des données fournies et confirme que les revenus actuels correspondent à ceux indiqués dans les formulaires de déclaration de revenus fédéraux. Envoyez votre demande dûment remplie, accompagnée des pièces justificatives, à l'adresse suivante :

UVMH Patient Access Department
40 IDX Drive, Bldg. 200-22052
111 Colchester Avenue, Burlington, VT 05401

Résumé des coordonnées du programme: Les politiques, les formulaires de demande, les listes de praticiens, les résumés en langage clair et l'assistance en personne sont offerts gratuitement et peuvent être obtenus auprès du service clientèle :

- L'University of Vermont Medical Center
  - Site Web : http://UVMHealth.org/medcenter
  - Service clientèle : (802) 847-8000 ou (800) 639-2719
  - Conseil financier : (802) 847-1122 ou pour une assistance en personne, UVMMC, 111 Colchester Avenue, Burlington, VT 05401
  - Programme d'aide pour les soins de santé : (802) 847-6984 ou numéro gratuit (888) 739-5183
  - Fax : (802) 847-9332
  - Bureaux d'enregistrement dans tous les établissements
  - Liste des prestataires couverts : https://www.UVMHealth.org/medcenter/patients-and-visitors/billing-insurance-and-registration/financial-assistance
- Porter Medical Center :
  - Site Web : http://www.portermedical.org
  - Service clientèle : (802) 847-8000 ou (800) 639-2719
  - Les patients peuvent appeler le (802) 388-8808, option 5, du lundi au vendredi, de 7 h 30 à 16 h.
  - Bureau de défense des droits financiers, 23 Pond Lane, Middlebury VT 05753
  - Bureaux d'enregistrement dans tous les établissements
  - Liste des prestataires couverts : http://www.portermedical.org
- Central Vermont Medical Center :
  - Service clientèle : (802) 847-8000 ou (800) 639-2719 ou (802) 371-4600 option 1, option 1.
  - Conseil financier : 3 Home Farm Way, Montpelier, VT 05602
  - Site Web : https://www.cvmc.org/patients-visitors/patient-financial-services/financial-assistance
  - Bureaux d'enregistrement dans tous les établissements
  - Liste des prestataires couverts : https://www.cvmc.org/patients-visitors/patient-financial-services/financial-assistance

Lien avec les politiques de recouvrement: La direction de l'UVMH élaborera des politiques et des procédures de recouvrement internes et externes tenant compte : du niveau d'éligibilité du patient à une aide financière, des efforts de bonne foi déployés par le patient pour demander à bénéficier d'un programme gouvernemental ou d'une aide financière de l'UVMH, et des efforts de bonne foi déployés par le patient pour respecter ses accords de paiement avec l'UVMH. Pour les patients remplissant les conditions requises pour bénéficier d'une aide financière et qui coopèrent de bonne foi pour régler leurs factures d'hôpital, l'UVMH peut proposer des plans de paiement prolongés aux patients éligibles.

Remarque : Le UVMH ne procédera à aucune action de recouvrement extraordinaire (ECA). Les ECA sont définies comme suit : la vente de la dette d'un patient à un tiers, la communication d'informations défavorables sur cette personne à des agences d'évaluation du crédit à la consommation ou à des bureaux de crédit, le report, le refus ou l'exigence de paiement avant de fournir des soins médicaux nécessaires en raison du non-paiement par une personne d'une ou plusieurs factures pour des soins précédemment fournis dans le cadre du FAP, et/ou certaines mesures nécessitant une procédure légale ou judiciaire. Une copie de la politique de crédit et de recouvrement de l'UVMH peut vous être envoyée si vous contactez le service clientèle au (802) 847-8000 ou au (800) 639-2719. Vous pouvez également obtenir une copie à tous les points d'enregistrement de l'UVMH.

Confidentialité/Conservation des documents: Tous les détails relatifs aux demandes d'aide financière resteront confidentielles. Les demandes d'aide financière et les pièces justificatives sont conservées pendant sept ans à compter de la date d'approbation ou de refus afin de permettre leur récupération, leur examen et leur vérification ultérieurs.

Niveaux d'autorité d'ajustement de l'aide financière: Avant tout ajustement de frais sur le compte d'un patient dans le cadre du programme d'aide financière, les niveaux d'approbation suivants s'appliquent :

1 $ - 20 000	Spécialiste du programme d'aide financière
20 001 $ - 50 000 $	Responsable
50 001 $ - 150 000 $	Directeur/Vice-président adjoint
>150 001 $	Directeur financier
Appels au comité	Directeur financier

Exigences réglementaires: Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, la direction et les établissements d'UVMH doivent se conformer à toutes les autres lois, règles et réglementations fédérales, étatiques et locales susceptibles de s'appliquer aux activités menées dans le cadre de cette politique.

Conservation des documents: Les demandes complètes sont numérisées et conservées dans le dossier médical électronique pendant une période minimale de sept ans à compter de la date d'approbation ou de refus.

Plan de surveillance: La conformité à cette politique sera surveillée par un examen annuel des demandes et des décisions d'attribution ou de refus. Des audits ponctuels trimestriels des services seront effectués et les rapports mensuels sur les résultats seront examinés.

Définitions: Aux fins de la présente politique, les termes ci-dessous sont définis comme suit :

- **AGB**: Montant généralement facturé aux assureurs pour les services fournis.
- **Créances irrécouvrables**: Frais engagés par un patient qui, d'après les informations financières disponibles, semble disposer des ressources financières nécessaires pour payer les services de santé facturés, mais qui manifeste une absence de volonté de régler la facture.
- **Indigence / médicale catastrophique** : ce sont des où les patients sont financièrement incapables d'accéder à des soins médicaux adéquats sans se priver, ainsi que leurs personnes à charge, de nourriture, de vêtements, de logement et d'autres éléments essentiels à la vie. Un patient est généralement considéré comme médicalement indigent si le solde de sa facture hospitalière dépasse 20 % de son revenu annuel brut ajusté, et qu'il est incapable de régler tout ou partie du montant dû à la suite d'une maladie ou d'un traumatisme grave.
- **Famille**: Groupe de deux personnes ou plus vivant ensemble et liées par la naissance, le mariage, ou l'adoption.
- **Montant brut des frais**: Montant total facturé selon les tarifs établis, avant application de toute déduction.
- **Revenu du ménage**: Le revenu est calculé conformément aux méthodes financières utilisées pour déterminer l'éligibilité aux crédits d'impôt anticipés sur les primes, par exemple le MAGI (revenu brut ajusté modifié).
    - Comprend les salaires, les allocations chômage, la sécurité sociale, les pensions ou les revenus de retraite, les intérêts, les dividendes, les loyers, les redevances, les revenus provenant de successions, de fiducies et d'autres sources diverses.
    - Comprend les gains ou pertes en capital.
    - Si une personne vit avec un partenaire ou une famille, le revenu de tous les membres éligibles est pris en compte
    - Exclut les cotisations avant impôt telles que celles pour la garde d'enfants, les frais de transport, l'assurance maladie parrainée par l'employeur, les comptes de dépenses flexibles et les plans de retraite tels que les 401K et 403b.
    - Exclut l'indemnisation des accidents du travail
    - Exclut le SSI (revenu de sécurité supplémentaire)
    - Exclut les revenus provenant des pensions alimentaires pour enfants
    - Exclut les prestations en espèces (telles que Reach Up, Emergency/General Assistance)
    - Exclut les avantages non monétaires (tels que les prestations SNAP et les aides au logement).
- **Taille du ménage**: Le patient, le conjoint, les enfants, les partenaires domestiques et toute personne considérée comme une personne à charge de l'un ou l'autre des partenaires aux fins de l'impôt fédéral sur le revenu sont considérés comme des membres du même ménage. Les partenaires domestiques sont définis comme des personnes sans lien de parenté/non mariées qui partagent un logement et qui entretiennent une relation intime et engagée qui n'est pas légalement définie comme un mariage.
    - Exclut les personnes mariées qui vivent séparément pendant leur divorce, indépendamment de leur déclaration d'impôt fédéral sur le revenu. Il s'agit de ménages distincts.
    - Les deux parents peuvent déclarer les enfants vivant dans le cadre d'un accord de garde partagée comme personnes à charge si l'accord de garde indique que les deux parents fournissent un soutien financier égal.

- **Vérification des revenus**: **Peut inclure, sans s'y limiter**:
    - Le document principal pour la vérification du revenu est la dernière déclaration de revenus.
    - À défaut de la dernière déclaration de revenus fédérale :
        - Copies des deux derniers bulletins de salaire ou du dernier bulletin de salaire de l'année civile
        - Relevé des revenus du bureau de la sécurité sociale (800-772-1213)
        - Lettre de prestations de sécurité sociale/SSI.
        - Relevé de pension ou de distribution de retraite
        - Compte de résultat des bénéfices et pertes des travailleurs indépendants
        - Copie des allocations chômage, le cas échéant
        - Revenus locatifs, si les biens immobiliers ne sont pas inclus dans le calcul des actifs
        - Attestation écrite des revenus par l'employeur (en cas de paiement en espèces)
        - Justificatifs d'aides publiques
        - Contrat ou confirmation écrite du contrat de travailleur migrant
        - Attestation écrites de l'clinique Open-Door (Open Door Clinic) contenant des informations financières sont acceptés à la place des justificatifs de revenus ci-dessus.
- **Maîtrise limitée de l'anglais / Traduction**: Maîtrise limitée de l'anglais nécessitant des copies traduites des politiques, de la demande, du résumé en langage clair et de la demande.
- **Services de soins de santé médicalement nécessaires**: Services de soins de santé, y compris les tests diagnostiques, les services préventifs et les soins postopératoires, qui sont adaptés au diagnostic ou à l'état du patient en termes de type, de quantité, de fréquence, de niveau, de cadre et de durée. Les soins médicalement nécessaires doivent : (A) être fondés sur des preuves médicales ou scientifiques généralement acceptées et être conformes aux paramètres de pratique généralement acceptés et reconnus par les professions de santé dans les mêmes spécialités qui fournissent habituellement la procédure ou le traitement, ou diagnostiquent ou gèrent l'état médical ; (B) être fondés sur les besoins particuliers de chaque patient et de chaque situation présentée ; et (C) répondre à un ou plusieurs des critères suivants : (i) aider à rétablir ou à maintenir la santé du patient ; (ii) prévenir la détérioration de l'état du patient ou le soulager ; ou (iii) prévenir l'apparition raisonnablement probable d'un problème de santé ou détecter un problème naissant.
- **Revenu brut ajusté modifié**: Le revenu brut ajusté modifié (MAGI) est le revenu brut ajusté (AGI) d'un individu après prise en compte de certaines déductions admissibles et pénalités fiscales.
- **Relevé du patient**: Le relevé mensuel du compte du patient envoyé par courrier à son adresse postale indiquée, qui précise le montant dû par le patient pour les services de soins prodigués par l'UVMH.
- **Code de transaction/paiement** : Transaction unique utilisée pour enregistrer la remise accordée aux patients non assurés et les ajustements liés à l'aide financière.
- **Non assuré**: Le patient ne dispose d'aucune assurance ni d'aucune aide d'un tiers pour payer ses soins.
- **Sous-assuré** : Le patient dispose d'une certaine assurance ou d'une aide d'un tiers, mais doit tout de même assumer des frais qui dépassent ses capacités financières.
- **Hôpitaux partenaires de l'UVMH dans le Vermont**: Comprend le Central Vermont Medical Center, le Porter Medical Center et l'University of Vermont Medical Center.
- **Résidence dans le Vermont**: Est considéré comme résident du Vermont, indépendamment de sa citoyenneté (y compris les personnes immigrées sans papiers), toute personne qui : réside dans l'état est employée par une entreprise du Vermont pour y fournir des services est inscrite dans un établissement scolaire du Vermont, ou toute combinaison de ces critères. Ce terme désigne toute personne résidant dans l'État de Vermont au moment de la prestation des soins, mais ne disposant pas d'un logement permanent et stable

POLITIQUES CONNEXES:

PAS35	Limitation des frais (AGB)
EXEC11	Demandes de prestation de services de soins de santé à des patients étrangers
RISK4	Examen médical et stabilisation
UVMH_CUST1	Politique de crédit et de recouvrement

RÉFÉRENCES :
IRC § 501(r)(4) :
IRC § 501(r)(5):
IRC § 501(r)(6):
26 C.F.R. §1.36B-2
26 C.F.R .§ 1.501(r)-5(b)(3)

18 V.S.A. § 9481(5)
H.287 (Loi 119)
VT Titre 18, Chapitre 221, Sous-chapitre 10 :
VT Admin. Code 12-3-213:4373
§ 9481 Définitions
§ 9482 Politiques d'aide financière pour les grands établissements de santé
§ 9483 Mise en œuvre de la politique d'aide financière
§ 9484 Éducation et information du public
§ 9485 Interdiction de vendre des créances médicales
§ 9486 Interdiction de renoncer à ses droits
§ 9487 Application

RÉVISEURS :

Scott Comeau, Directeur financier PMC/ECH
Kimberly Patnaude, Directrice financière CVMC
Judy Peek-Lee, Responsable financière UVMMC
Craig Chase, vice-présidente du cycle des revenus du système UVMH
Melissa Laurie, vice-présidente et contrôleuse de gestion du système UVMH
Laura McNamara, vice-présidente et directrice de la conformité et de la protection de la vie privée du système UVMH
Gina Slobodzian, Directrice du service clientèle UVMH
Chris Cook, Directeur des services financiers aux patients, PMC

PROPRIÉTAIRE: Shannon Lonergan, Vice-présidente adjointe de l'accès aux patients

RESPONSABLE DE L'APPROBATION: Rick Vincent, Vice-président exécutif des finances et directeur financier UVMH