

POLITIQUE

Catégorie :	Documents du système CHST 06. Patients Service administratif Activités commerciales	Date de création :	01/MAI/1990
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Signataire(s) :	Conseil d'administration CHST, conseil d'administration OCH, conseil d'administration CHCO		
Auteur :	Pamela Stevens (Sr. Dir. Patient Access Srvcs.)	Page	1 sur 14

DÉCLARATION DE POLITIQUE GÉNÉRALE :

Les études menées par le réseau de soins pédiatriques du Texas, Children's Health, indiquent que de nombreuses personnes dans la communauté ont besoin de soins médicaux nécessaires. Or, faute de ressources financières suffisantes, ces personnes n'ont pas d'assurance maladie, sont insuffisamment prises en charge, ne peuvent pas bénéficier des programmes d'assurance santé du gouvernement ou autres prestations et ne peuvent donc prétendre à ces soins nécessaires. Children's Health s'engage, dans la limite de ses moyens financiers, à donner l'accès aux soins nécessaires à ceux qui ne peuvent pas les payer, et pas seulement à ceux qui en ont les moyens. Dans le but de gérer ses ressources de manière responsable et de fournir le niveau d'aide approprié au plus grand nombre de personnes dans le besoin, Children's Health a adopté les lignes directrices suivantes en matière de **soins pris en charge partiellement ou à 100 %** et de **réductions tarifaires des soins**, tels qu'ils sont définis ci-après. En conséquence, cette politique a pour objet d'énoncer :

- Les critères d'admission et les démarches à accomplir pour obtenir une prise en charge dans le cadre de la présente politique ;
- La base de calcul applicable aux montants facturés aux patients qui ont droit à une prise en charge dans le cadre de la présente politique ;
- Les démarches que les patients et leurs **familles** (définies ci-après) peuvent effectuer pour demander une prise en charge ;
- La manière dont Children's Health envisage de promouvoir la présente politique au sein de la communauté couverte par ses prestations ;
- Les limites applicables aux montants que les **prestataires Children's Health** (comme définis ci-après) facturent pour les soins en urgence ou autres soins médicaux nécessaires prodigués aux personnes prises en charge dans le cadre de la présente politique.

La présente politique s'applique à tous les **prestataires Children's Health** (comme définis ci-après). Les prestataires indépendants dont la relation avec le réseau Children's Health consiste à pourvoir du personnel médical ou à signer des contrats de service, ou qui ne sont pas régis et contrôlés directement ou indirectement par le réseau Children's Health System of Texas ne sont pas des **prestataires Children's Health** et ne sont pas concernés par la présente politique.

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	2 sur 14

DÉFINITIONS :

« **Montants généralement facturés** » : les montants généralement facturés aux personnes couvertes par une assurance pour un soin donné.

« **Soins pris en charge partiellement ou à 100 %** » : la prise en charge totale ou partielle du montant des prestations facturées par les **prestataires Children's Health**.

« **Prestataires Children's Health** » : tous les hôpitaux, les organismes de santé à but non lucratif régis par la section 162.001(b), et autres prestataires détenus ou contrôlés, directement ou indirectement, par Children's Health. Les prestataires indépendants dont la relation avec Children's Health consiste à pourvoir du personnel médical ou à signer des contrats de service, ou qui ne sont pas régis à 100 % et contrôlés directement ou indirectement par Children's Health ne sont pas des **prestataires Children's Health**. Voici la liste complète des **prestataires Children's Health** :

- Anesthésistes pédiatriques
- Children's Health Andrews Institute for Orthopaedics & Sports Medicine (orthopédie et médecine sportive)
- Children's Health Imaging (centre d'imagerie médicale pour enfants)
- Children's Medical Center of Dallas (centre pédiatrique de Dallas)
- Children's Medical Center Plano (centre pédiatrique de Plano)
- Complex Care Medical Services Corporation (société de services de soins complexes)
- Dallas Physician Medical Services for Children (services pédiatriques de Dallas)
- Our Children's House

« **Réductions tarifaires des soins** » : une aide financière inférieure à la prise en charge complète du montant total.

« **Concubin** » : un concubin de l'ayant droit. Les deux sont du même sexe, entretiennent une relation suivie et durable, et présentent toutes les caractéristiques suivantes : (1) engagement mutuel et exclusif à veiller au bien-être de l'autre ; (2) interdépendance financière moyennant des actifs et des dettes en commun (ex : propriété conjointe d'une résidence, comptes bancaires communs, emprunts solidaires) ; (3) absence de lien de parenté identique à celui qui s'applique aux époux de sexes opposés dans l'État où ils résident ; (4) responsabilité réciproque du bien-être de l'autre, notamment en matière de dépenses de première nécessité, et (5) absence de liens du mariage entre les deux partenaires. Aucun des deux partenaires ne doit être marié avec quelqu'un d'autre ou entretenir une relation avec un autre partenaire remplissant les critères ci-dessus.

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	3 sur 14

« **EMTALA** » : la loi « Emergency Medical Treatment and Active Labor Act » qui contraint les hôpitaux à dispenser des soins d'urgence indépendamment de la nationalité, du statut juridique ou de la capacité de payer du patient.

« **Responsable** » : la personne à laquelle le responsable d'une zone de service/directeur (ou la personne désignée) adresse une demande d'exception à soumettre au CRC (Charity Review Committee - comité de révision des prises en charge des patients). Les **responsables** de chaque établissement sont désignés dans la [Liste des responsables pour le comité de révision de prise en charge des patients - Référence de la politique de la prise en charge des patients](#).

« **Famille** » : (a) dans le cas d'un patient âgé de 18 ans ou plus, son conjoint, son **concubin** et ses enfants à charge (moins de 26 ans), qu'ils vivent ou non sous le même toit ; (b) dans le cas d'un patient de moins de 18 ans, son parent, les personnes qui ont sa garde et les autres enfants du parent, ou de la personne qui a la garde du patient lorsqu'ils sont âgés de moins de 26 ans.

« **Revenu du ménage** » : les revenus annuels et les indemnités en espèces perçus par tous les membres de la **famille** avant imposition et déduction faite des pensions alimentaires versées. Il est possible de justifier ces revenus au moyen d'un cumul annuel à une date fixe du **revenu du ménage**.

« **Soins médicaux nécessaires** » : les soins raisonnables et nécessaires pour diagnostiquer, prévenir ou traiter une maladie, une blessure ou une pathologie, conformément aux normes médicales communément admises et cliniquement appropriées en ce qui concerne le type, la fréquence, l'étendue et la durée. Les prestations qui ne sont pas remboursées ou ne sont pas considérées comme étant nécessaires d'un point de vue médical dans le cadre du programme Medicare ou Medicaid (assurance santé) ne sont pas des **soins médicaux nécessaires**. En outre, les transplantations ou les thérapies cellulaires, les soins complémentaires, certaines prescriptions de médicaments à des patients non hospitalisés, les soins esthétiques ou facultatifs n'entrent donc pas dans le cadre des **soins médicaux nécessaires** (même lorsqu'ils sont remboursés par Medicare ou Medicaid).

« **Étranger en situation régulière ayant le droit de souscrire à une assurance** » : une personne admise aux États-Unis, présente sur le territoire en toute légalité et en droit de cotiser à une caisse d'assurance maladie. Cela concerne notamment un résident permanent (*Lawful Permanent Resident*) ; une personne bénéficiaire du droit d'asile ou réfugiée ; un étranger dont l'expulsion est différée ; un Cubain ou un Haïtien faisant une demande de régularisation ; une victime du trafic humain. Un simple visiteur ou un étranger doté d'un visa non-immigrant aux États-Unis (ex : visa pour étudier, travailler, rendre visite à quelqu'un, recevoir des soins médicaux ou toute autre visite temporaire) ne sont pas considérés comme des **étrangers en situation régulière ayant le droit de souscrire à une assurance**.

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	4 sur 14

PROCÉDURE :

Un patient et sa **famille** sont tenus de respecter la présente politique, ainsi que les procédures appliquées par chaque **prestataire Children's Health** (le cas échéant) pour obtenir une aide financière ou d'autres formes de prise en charge. Ils doivent également contribuer au coût des soins selon leur solvabilité. L'engagement de Children's Health à respecter la présente politique n'exclut pas la responsabilité individuelle. Les personnes en mesure de cotiser à une caisse d'assurance maladie sont encouragées à le faire pour garantir l'accès à des prestations de santé, préserver leur santé et protéger leurs intérêts personnels.

Processus

I. Prestations donnant droit à une prise en charge :

- A. Les prestations de santé suivantes donnent droit à une prise en charge :
 1. Les soins médicaux dispensés dans un service des urgences ;
 2. **Les soins médicaux nécessaires** dans le cas où, faute d'intervention rapide, l'état de santé d'une personne peut se dégrader ;
 3. **Les soins médicaux nécessaires** obligatoires dispensés lorsque la vie d'une personne est en danger en dehors d'un service des urgences ;
 4. Le traitement en cours pour les patients dialysés qui répondent aux critères de l'organisme American Kidney Fund dans le cadre du programme Health Insurance Premium Program.
 - a. Pour savoir si elles peuvent adhérer à ce programme, les **familles** doivent se mettre en relation avec les travailleurs sociaux et les conseillers financiers en matière d'insuffisance rénale en phase terminale ou consulter le [site Web American Kidney Fund](#).
- B. Seuls les **soins médicaux nécessaires** donnent droit à une prise en charge. Les prestations qui ne sont pas considérées comme des **soins médicaux nécessaires** (comme indiqué ci-dessus) ne donnent pas droit à une prise en charge.
- C. Indépendamment de ce qui précède, les **prestataires Children's Health**, qui sont aussi des hôpitaux, ont pour politique d'effectuer un examen médical et de stabiliser un patient en cas d'urgence, conformément aux dispositions **EMTALA** (comme défini ci-dessus). Ils le font sans distinction, que la personne réponde ou non aux critères (pour plus d'informations, reportez-vous aux politiques **EMTALA**).

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	5 sur 14

II. Patients ayant droit à une prise en charge :

- A. L'obtention d'une prise en charge repose sur l'évaluation au cas par cas des besoins financiers, conformément à notre politique. L'âge, le sexe, la race, la nationalité d'origine, l'appartenance ethnique, le handicap, l'orientation sexuelle, l'état civil ou la religion n'ont aucune incidence en la matière.
- B. Les patients doivent être des citoyens américains ou des **étrangers en situation régulière ayant le droit de souscrire à une assurance** (selon la définition ci-dessus). Ils doivent également résider légalement au Texas pour prétendre à une prise en charge dans le cadre de notre politique.
- C. Une personne entre dans le cadre de la présente politique lorsque le **revenu du ménage** (défini ci-dessus) n'excède pas 400 % du seuil de pauvreté (Federal Poverty Guidelines).
- D. Les facteurs pris en compte dans le calcul de la prise en charge comprennent :
 1. Le revenu brut de la famille ;
 2. Le nombre de membres dans la famille ;
 3. Les règles applicables au seuil de pauvreté (Federal Poverty Guidelines), actualisées chaque année par le ministère de la Santé (U.S. Department of Health and Human Services).
- E. En général, les patients n'ont pas droit à une prise en charge dans les cas suivants :
 1. Souscription d'une assurance de base, souscription d'une assurance santé, affiliation à Medicare, à Medicaid, au programme Children's Health Insurance Program (CHIP) ou Children's Medicaid, ou bien au programme Children with Special Health Care Needs (CSHCN). Toutefois, Children's Health reconnaît qu'il est possible, bien que le patient ait souscrit à une assurance maladie, que ce dernier ne soit pas en mesure de s'acquitter du montant total lui incombant au titre des soins médicaux nécessaires. Par exemple, les dossiers des patients dont les droits de couverture médicale sont limités et ayant déjà été utilisés ou pour lesquels le montant élevé de la franchise de leur couverture médicale n'a pas encore été atteint, peuvent être passés en revue afin de déterminer leur droit à une prise en charge s'ils remplissent les conditions ;
 2. Accès à des ressources tierces qui contribuent financièrement ou à des associations visant à partager les coûts des frais de santé de ses membres ;
 3. Accès aux soins d'autres prestataires du réseau où les prestataires Children's Health sont hors réseau ; ou
 4. Une blessure prise en charge dans le cadre d'une activité professionnelle, par une assurance automobile, ou par d'autres assurances ou organismes payeurs.

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	6 sur 14

III. Examen d'une demande :

A. La procédure suivante permet d'examiner la pertinence d'une prise en charge :

1. Les demandes peuvent être faites par le patient, un parent du patient, un garant ou un représentant légal du patient dans le respect des lois relatives à la protection de la vie privée. En ce qui concerne la citoyenneté et la résidence, celles du patient seront généralement celles prises en compte, et non de celles de ses parents. En revanche, l'examen des revenus ou des actifs porte sur le **revenu du ménage**.
2. Dans la mesure du possible, il est préférable qu'une demande de prise en charge (**soins pris en charge partiellement ou à 100 %** ou **réductions tarifaires des soins**) et l'examen de la situation financière interviennent avant un acte médical nécessaire non urgent. Toutefois, la demande peut être examinée à tout moment pendant le processus d'évaluation. Les besoins en matière de prise en charge font l'objet d'une réévaluation après chaque prestation ultérieure lorsque la dernière évaluation a eu lieu plus d'un an auparavant ou dès que des informations complémentaires relatives à l'admissibilité du patient sont connues.
3. Lorsque Children's Health étudie un dossier, un certain nombre de valeurs entrent en ligne de compte, notamment en matière de dignité et de bonne gestion. Ces valeurs régissent le traitement d'une demande, le calcul des besoins financiers et l'autorisation d'une prise en charge. La personne qui fait la demande doit la justifier raisonnablement auprès du **prestataire Children's Health** en fournissant les informations requises dans le cadre de la politique applicable. En l'absence d'une demande et des documents requis, les conseillers financiers cherchent à contacter la famille par téléphone pour obtenir les documents manquants. Le **prestataire Children's Health** n'examine une demande qu'après avoir reçu les informations requises dans le cadre de cette politique.
4. Le service des admissions et le service de conseil financier sont tenus de recueillir des informations relatives au patient et à sa **famille** pour chercher à savoir si le patient dispose d'une assurance santé privée ou publique (ou un parrainage) pouvant entièrement ou partiellement couvrir les frais relatifs aux soins dispensés par un **prestataire Children's Health**, notamment une assurance santé privée, une affiliation à Medicare, à Medicaid, à Children's Health Insurance Program (CHIP), à Children with Special Healthcare Needs (CSHCN), ou toute autre couverture médicale de l'État où il réside.
5. Tous les demandeurs doivent fournir les documents suivants pour que le **prestataire Children's Health** puisse traiter les demandes de prise en charge :
 - a. Un formulaire de demande de prise en charge rempli et signé
 - b. L'un des justificatifs de types de revenus suivants :
 - i. Copie de la dernière feuille d'imposition du demandeur (formulaire 1040) et de ses annexes ou celle du formulaire 1049 (Department of

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	7 sur 14

- Human Services) en remplacement du formulaire 1040, qui indique l'état de dépendance du patient
- ii. Dernier bulletin de salaire faisant état du cumul annuel à la date du jour et des heures travaillées, ou bien le formulaire 1028 du ministère de la Santé (Texas Department of Health and Human Services Commission Form 1028)
 - iii. Il est possible de vérifier le niveau de revenus par téléphone auprès de l'employeur et de documenter la vérification du compte (vérification, intitulé, date et numéro de téléphone)
 - iv. Lettres de la Sécurité sociale ou bordereaux de dépôts mentionnant les montants, ou relevés bancaires faisant apparaître les remboursements
 - v. Lettre précisant les droits aux allocations chômage ou justificatifs d'indemnisation chômage aux États-Unis
 - vi. Lettre de soutien, si la personne dépend d'une autre personne pour ses dépenses quotidiennes, etc.

Les services de conseil financier peuvent passer outre les demandes de justificatifs financiers ou de documents s'il s'avère que le patient remplit les conditions requises et a cherché à s'affilier à un organisme d'assurance santé privé, à Medicare, à Medicaid, au programme Children's Health Insurance Program (CHIP), à Children with Special Healthcare Needs (CSHCN), ou à tout autre programme public visant à fournir une couverture médicale, mais que ladite couverture ne peut pas intervenir avant les soins médicaux prévus.

6. Si le service de conseil financier estime que le demandeur ne remplit pas les conditions requises pour bénéficier d'une prise en charge, le demandeur ou le responsable d'une zone de service/directeur (ou la personne qualifiée) peut adresser une demande d'exception au CRC (Comité de révision de prise en charge des patients), comme indiqué dans la section V ci-après.
 7. S'il s'avère que le demandeur a fourni de fausses informations, la demande est automatiquement rejetée.
- B. Une demande de prise en charge peut faire l'objet d'une évaluation en interne. Dans ce cas, la personne qui fait la demande n'est pas obligée de suivre la démarche prévue à la section III.A. de la présente politique. La procédure d'évaluation vise à identifier les patients sans couverture médicale qui sont financés par des sources tierces. Elle tient compte du revenu annuel estimé, de la taille de la famille et de la situation professionnelle de la personne. Les personnes qui répondent aux critères dans le cadre de l'évaluation interne peuvent bénéficier d'une prise en charge, aux conditions définies ci-après. Les personnes qui ne répondent pas aux critères lors de l'évaluation interne peuvent néanmoins se prévaloir de la section III.A relative à la prise en charge des frais médicaux.

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	8 sur 14

IV. Montant de la prise en charge :

- A. Dans le cadre de cette politique, le patient peut bénéficier de **soins médicaux nécessaires**, conformément aux dispositions relatives au seuil de pauvreté (Federal Poverty Guidelines) en vigueur au moment où la décision intervient.
1. Le **prestataire Children's Health** prend en charge les patients dont le **revenu du ménage** n'excède pas 400 % du seuil de pauvreté au niveau fédéral :

Disposition relatives au seuil de pauvreté (FPG, Federal Poverty Guidelines)	Réduction en pourcentage, selon l'apport du ménage du patient
Jusqu'à 200 % du FPG	100 %
201 à 300 % du FPG	85 %
301 à 400 % du FPG	70 %
Plus de 400 %	0 %

2. Les patients dont le **revenu du ménage** est supérieur à 400 % du FPG ne peuvent pas prétendre au régime des **soins pris en charge partiellement ou à 100 %** ou des **réductions tarifaires des soins** dans le cadre de la présente politique.
 3. Pour plus d'informations sur les dispositions relatives au calcul du seuil de pauvreté aux États-Unis, consultez le site Web <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines> (en anglais). Children's Health actualise ces informations chaque année.
- B. Les autorités administratives chargées d'évaluer le compte d'un patient en tenant compte des réductions applicables à une prise en charge procèdent comme suit :

Niveau de hiérarchie	De	À
Contrôleur/PFA	0,00 \$	999,99 \$
Responsable	1 000 \$	9 999,99 \$
Directeur	10 001 \$	50 000 \$
Vice-président	50 001 \$	et plus

V. Dérogations :

- A. Si le service de conseil financier estime que le demandeur ne remplit pas les conditions requises pour bénéficier d'une prise en charge, le demandeur ou le responsable d'une zone de service/directeur (ou la personne désignée) peut adresser une demande d'exception au CRC. Le demandeur ou le responsable de la zone de service/directeur (ou la personne désignée) peut demander une étude contradictoire au **responsable** compétent (se reporter à la section relative aux responsables).

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	9 sur 14

- Le **responsable** respectif ou la personne désignée transmet rapidement la demande au vice-président de Children's Health, à l'organisme de Managed Care ou à la personne responsable qui fera le lien avec le CRC. Le CRC étudie les informations que le demandeur fournit et prend la décision finale relative à la prise en charge.
- B. Les exceptions dans le cadre de cette politique doivent être approuvées par le CRC, notamment en ce qui concerne le programme HIPP (Health Insurance Premium Program) de l'American Kidney Fund.
 - C. Le CRC doit voter (majorité qualifiée) pour faire une exception à sa politique.
 - D. Le vice-président de Children's Health, Managed Care ou la personne désignée, transmet la décision du CRC, en réponse à la requête du demandeur ou du responsable de zone/directeur ayant soumis la demande (ou à la personne désignée).

VI. Règles applicables à la facturation

- A. Le patient doit obtenir un devis avant une hospitalisation chez le **prestataire Children's Health**. Ce devis doit être rédigé dans la langue privilégiée par la famille.
- B. Une personne prise en charge dans le cadre de la présente politique n'est pas tenue de payer des frais supérieurs aux **montants généralement facturés** (urgences ou **soins nécessaires**) applicables aux personnes affiliées à une caisse maladie. Les **montants généralement facturés** sont un pourcentage du brut acquitté, hors réductions, par un **prestataire Children's Health** pour un soin déterminé. Pour chaque **prestataire Children's Health**, les **montants généralement facturés** sont calculés comme suit :
 1. Pour l'exercice en cours, chaque **prestataire Children's Health** doit employer la méthode « récapitulative » pour calculer les **montants généralement facturés** en reprenant les chiffres de l'exercice précédent. Cette méthode consiste à calculer les **montants généralement facturés** d'après le paiement intégral des factures des hôpitaux dont les principaux payeurs sont Medicaid, Medicare (rémunération à l'acte) et les assureurs privés.

Le **prestataire Children's Health** divise le montant total des paiements par la somme totale des frais d'hospitalisation pour déterminer le « pourcentage des **montants généralement facturés** ».
 2. L'annexe 1 présente le pourcentage des **montants généralement facturés** et une copie du calcul correspondant.
 3. Les **montants généralement facturés** font l'objet d'un calcul annuel.
- C. Tant que le **prestataire Children's Health** considère qu'un patient répond aux critères de sa politique, celui-ci ne reçoit pas de factures calculées d'après des frais bruts ne tenant pas compte des réductions tarifaires.
- D. Le demandeur qui se voit accordé une aide financière dans le cadre de cette politique bénéficie d'une couverture échelonnée sans intérêts de la part du **prestataire Children's Health**. Elle est calculée d'après la situation financière, les frais médicaux, et autres facteurs pertinents relatifs au demandeur. La couverture médicale échelonnée

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	10 sur 14

- n'excède pas 36 mois. Le **prestataire Children's Health** peut déclarer que ce régime n'est plus applicable en cas d'impayés pendant une période 30 jours. Avant de déclarer que la couverture n'est plus valable, le **prestataire Children's Health** ou son agence de recouvrement (ou un cessionnaire) doit faire les démarches raisonnables pour en informer le patient ou la personne qualifiée par téléphone.
- E. Sauf avis contraire, la prise en charge dans le cadre de la présente politique reste valable pendant 90 jours, à compter du premier jour du mois de la décision. Par la suite, la personne a la possibilité de soumettre de nouveau sa demande. Le **prestataire Children's Health** se réserve le droit de réévaluer l'admissibilité d'une personne qui demande une prise en charge pendant une période de 90 jours en cas de modification de la situation financière de cette personne.
- F. Dans un récapitulatif des dépenses, le **prestataire Children's Health** indique aux personnes qu'elles peuvent bénéficier d'une prise en charge. Il désigne le service et le numéro de téléphone de la personne à contacter. Il fournit également le site Web, comme référence à notre politique.
- G. Lorsque le **prestataire Children's Health** envoie une facture à la **famille** du patient qui n'a pas justifié une couverture médicale assurée par un tiers au moment où l'acte médical est intervenu (ou à la sortie de l'hôpital), dans le cadre de cette facturation, le **prestataire Children's Health** envoie une notification au patient. Elle doit indiquer clairement en anglais et dans la langue privilégiée par la famille :
1. Un récapitulatif des prestations payées par le **prestataire Children's Health** ;
 2. Une demande invitant le patient à informer le **prestataire Children's Health** s'il a une assurance santé, s'il est affilié à Medicare, Medicaid, CHIP, CSHCN, ou s'il bénéficie d'une autre couverture médicale.

VII. Règles applicables aux recouvrements :

- A. **Children's Health** et ses **prestataires** n'engagent pas de procédures en recouvrement extraordinaires vis-à-vis des patients (comme des agences d'analyses de crédits, des sociétés de renseignements commerciaux, la cession d'une dette à un tiers, etc.) pour obtenir le règlement des soins.
- B. Lorsqu'une personne entame des démarches pour bénéficier d'une aide dans le cadre de notre politique et qu'elle essaie, en toute bonne foi, de régler une facture en instance auprès d'un **prestataire Children's Health** en proposant un échelonnement raisonnable ou en effectuant des paiements partiels d'un montant raisonnable, le **prestataire Children's Health** annule sa procédure de recouvrement.
- C. **Children's Health**, les **prestataires Children's Health**, les agents de recouvrement sous contrat avec **Children's Health** et tous ses cessionnaires, qu'il s'agisse de filiales ou d'affiliés, ne peuvent pas motiver une procédure en justice, une saisie sur salaire, un mandat d'amener, ni une garde à vue. Ils ne peuvent pas davantage se prévaloir de créances sur une résidence principale, refuser ou différer des **soins médicaux**

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	11 sur 14

- nécessaires**, ni user de moyens extraordinaires pour se faire payer des factures non acquittées. Ces conditions n'empêchent pas les parties de chercher à se faire rembourser auprès d'un tiers garant, de l'auteur du délit ou de toutes autres parties responsables légalement.
- D. Les montants transmis aux agences de recouvrement tiennent compte des barèmes applicables à l'assuré dans le cadre de la présente politique, et non des frais bruts.
- E. Lorsqu'un assuré paie plus que le montant exigible, le **prestataire Children's Health** rembourse la différence sous 60 jours à compter de la notification.
- VIII. **Communication relative à la présente politique :**
- A. Les notifications, les formulaires, les lettres, les demandes de prise en charge ou tout autre document sont rédigés en anglais et dans la langue d'un nombre important de bénéficiaires dont le **prestataire Children's Health** a la charge. Le cas contraire, le **prestataire Children's Health** propose des aides à la traduction et des manuels traduits. Il peut également faire appel à des interprètes bilingues qualifiés qui aident les demandeurs à comprendre et à remplir les formulaires.
- B. Dans le cas d'une admission (hospitalisation ou soins ambulatoires), chaque personne se voit remettre une notice explicative relative à l'accès aux **soins pris en charge partiellement ou à 100 %** et aux **réductions tarifaires des soins**, ainsi qu'à la politique applicable. Cette notice précise également les coordonnées des services pouvant répondre aux questions relatives à la politique. Lorsqu'il en fait la demande, un patient peut se procurer un exemplaire complet de la présente politique.
- C. Cette même notice doit être remise aux patients recevant des soins au service des urgences ou en ambulatoire qui leurs seront facturés mais pour lesquels ils n'ont pas été hospitalisés. La notice est rédigée en anglais et dans la langue privilégiée par la famille.
- D. Les publications sont visibles et à la portée de tous. Elles sont notamment adressées aux personnels du service des urgences, des admissions et des autres services en ambulatoire. Elles expliquent que le **prestataire Children's Health** est en mesure de couvrir les soins dispensés aux personnes qui n'ont pas couverture médicale ou si celle-ci est insuffisante. Ces publications indiquent les services à contacter et les numéros de téléphone à composer pour obtenir des informations complémentaires relatives à la politique applicable et à la prise en charge.
- E. Les **prestataires Children's Health** sont tenus de mettre la notice relative à la présente politique, avec un numéro de téléphone à composer, à la disposition du public, que ce soit dans les rapports de facturation des patients, ou dans les services des urgences, aux admissions et aux endroits choisis par le **prestataire Children's Health**.
- F. Le **prestataire Children's Health** doit faire connaître largement sa politique par le biais de son site Web et dans ses brochures disponibles dans les espaces que les patients

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	12 sur 14

- consultent, voire d'autres endroits dans des hôpitaux qui ont passé un accord avec le **prestataire Children's Health**.
- G. Lorsqu'un employé d'un **prestataire Children's Health** constate que, raisonnablement, une personne n'est pas en mesure de payer ses soins, il lui signifie qu'elle peut bénéficier d'une prise en charge et lui conseille de prendre connaissance de la politique du prestataire.
- H. Cette politique, le résumé correspondant et la demande de prise en charge seront mis à disposition dans la langue principale parlée par chaque population, dont la connaissance de l'anglais est insuffisante, et que le **prestataire Children's Health** est susceptible de traiter.

IX. Soins non indemnisés :

Nonobstant toute disposition contraire de la présente politique, aux fins de déclaration des coûts des soins non indemnisés et soins des indigents, le **prestataire Children's Health** doit inclure les prestations non couvertes facturées par le **prestataire Children's Health** aux patients de Medicaid ou aux patients couverts par d'autres programmes de soins aux indigents en tant que soins non indemnisés. Les services non couverts comprennent les services aux patients de Medicaid et d'autres programmes de soins aux indigents n'ayant plus droit à une couverture, les services refusés (en tout ou en partie) par Medicaid et d'autres programmes et services de soins aux indigents dépassant une période de maladie ou une limite de durée de séjour. La somme des soins non indemnisés est la somme des frais annulés ou refusés. En outre, aux fins de la déclaration des frais de soins non indemnisés et soins aux indigents, le **prestataire Children's Health** doit inclure la différence entre les frais complets et le paiement reçu par le **prestataire Children's Health** pour les patients assurés qui remplissent les conditions d'admissibilité en vertu de la présente politique lorsque le **prestataire Children's Health** n'a pas d'accord contractuel avec le payeur qui couvre la (les) date(s) des services au patient.

X. Confidentialité :

Le **prestataire Children's Health** conserve de manière confidentielle toutes les informations relatives aux demandeurs reçues dans le cadre de la présente politique. Les informations relatives aux avoirs financiers obtenues dans le cadre d'une démarche en vue d'obtenir une prise en charge sont consignées dans un fichier. Ce fichier est stocké séparément. Il n'entre pas en ligne de compte lorsque le **prestataire Children's Health** tente un recouvrement. Le personnel chargé des recouvrements ne peut pas consulter les informations figurant dans ce fichier. Rien n'interdit au **prestataire Children's Health**, à ses agences de recouvrement ou à ses cessionnaires de consulter les informations recueillies, indépendamment de la procédure d'évaluation d'une demande de prise en charge.

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	13 sur 14

SOURCES :

1. Dispositions annexes

[AD 2.29.01 Emergency Medical Treatment \(EMTALA\) and Patient Transfer - Dallas](#)

(en anglais)

[AD 2.29.02 Emergency Medical Treatment \(EMTALA\) and Patient Transfer - Plano](#)

(en anglais)

2. Joint Commission Manual (manuel de la commission mixte)

Néant

3. Medicare Conditions of Participation (conditions applicables aux prestations de Medicare)

Néant

4. Statut(s) ou réglementation(s) au niveau régional ou fédéral

Loi « Patient Protection and Affordable Care Act » de 2010 de la section 501(r) du Code des impôts

5. Références

Néant

6. Mots-clés

Soins pris en charge partiellement ou à 100 %, réductions tarifaires des soins, prise en charge, soins médicaux nécessaires, services financiers

7. Liens permettant d'accéder aux guides de référence résumés, aux organigrammes et aux aide-mémoire du personnel

[Liste des responsables pour le comité de révision de prise en charge des patients -](#)

[Référence de la politique de la prise en charge des patients](#)

Catégorie :	Documents du système CHST	Date d'entrée en vigueur :	12/10/2020
Intitulé :	PS 2.17 Prise en charge des patients	Page	14 sur 14

Annexe 1

Calcul des « Montants généralement facturés »

Suite à l'évaluation des droits à une prise en charge, une personne ne pourra être facturée un montant supérieur à celui des montants généralement facturés aux personnes ayant souscrit à une assurance couvrant uniquement les urgences ou d'autres soins médicaux nécessaires. Le prestataire Children's Health utilisera la méthode de calcul « récapitulative » basée sur une période antérieure définie des rémunérations à l'acte pour calculer les montants généralement facturés sur la base des soins réalisés et réglés de l'année précédente. Les montants généralement facturés calculés par le biais de cette méthode se basent sur les factures émises pour des soins médicaux dont la totalité a été réglée et pour lesquelles les payeurs principaux sont Medicare dans le cadre d'une rémunération à l'acte, Medicaid et les assureurs privés. Pour calculer les montants généralement facturés, le prestataire Children's Health divise la somme des paiements totaux effectués par ces payeurs par la somme des frais médicaux facturés pour ces demandes. Les demandes clôturées au cours de l'exercice comptable précédent (12 mois) sont comprises dans le calcul. Les montants généralement facturés sont calculés chaque année et appliqués de manière calendaire.

Exercice comptable 2018 du prestataire Children's Health

Frais bruts : 2 845 347 018 \$

Réductions ou tarifs contractuels : 1 739 902 184 \$

Pourcentage de réduction : 61,16 %

Taux des montants généralement facturés pour l'année 2019 : 38,84 %