



OHSU
Politique en matière d'aide financière

Doc. n° : HC-FSM-112-POL Rév. 030226	Catégorie : Manuel des services financiers	
Date de création : 12/12/2007	Date d'entrée en vigueur : 04/08/2026	Prochaine date de révision : 02/08/2027
Réviseur (titre) : Directeur(-trice) principal(e), Accès des patients	Propriétaire (titre) : Directeur(-trice) principal(e), Accès des patients	

OBJECTIF :

Cette politique définit les lignes directrices relatives à la gestion de l'aide financière destinée aux patients pris en charge à l'OHSU. Plus précisément, cette politique :

- Comprend les critères d'éligibilité à l'aide financière, qu'il s'agisse de soins gratuits ou à tarif réduit.
- Explique comment l'OHSU détermine le montant que les patients éligibles à l'aide financière devront payer en vertu de cette politique.
- Indique quels services sont éligibles à une aide financière.
- Précise qui est concerné par l'évaluation financière manuelle et automatique.
- Explique comment les patients peuvent demander une aide financière.
- Décrit comment l'établissement diffusera cette politique au sein de la communauté qu'il dessert.
- Explique comment l'établissement limite le montant facturé aux patients pouvant bénéficier d'une aide financière.
- Décrit les pratiques de l'établissement en matière de facturation et de recouvrement.

PERSONNES CONCERNÉES :

Cette politique s'applique aux patients de l'OHSU recevant des soins en milieu hospitalier, en consultation externe, dans des services auxiliaires et/ou en soins ambulatoires.

POLITIQUE :

L'OHSU remplit ses obligations envers la communauté en matière d'aide financière de manière équitable, cohérente et objective. En fonction des critères d'éligibilité déterminés lors de notre évaluation manuelle, de notre évaluation automatique ou de la procédure de demande, l'OHSU vient en aide aux personnes en situation de précarité financière en leur accordant des réductions ou en exonérant tout ou partie des frais liés aux services fournis, conformément à la présente politique.

DÉFINITIONS :

1. **Aide financière :** La dispense ou la réduction des frais liés à des services médicalement nécessaires dont les patients doivent assumer personnellement le coût et qu'ils ne sont pas en mesure de payer en raison de leur niveau de revenus, de la taille de leur foyer, d'une analyse financière ou d'indicateurs démographiques.
2. **Services médicalement nécessaires :** L'expression « médicalement nécessaire » désigne les prestations de soins de santé indispensables pour prévenir, diagnostiquer ou traiter une maladie, une blessure, un trouble ou une affection, ou encore les symptômes d'une maladie, d'une blessure, d'un trouble ou d'une affection, et qui répondent aux normes médicales reconnues. L'OHSU se réfère à la liste des services de santé prioritaires de l'Oregon Health Plan (OHP) pour déterminer si un service est médicalement nécessaire et s'il peut bénéficier d'une aide financière. Les prestations à caractère esthétique, expérimental ou s'inscrivant dans le cadre d'un programme de recherche clinique ne sont pas considérées comme des services médicalement nécessaires au sens de la présente politique.



OHSU Politique en matière d'aide financière

3. **Zone de service principale :** La population principale desservie par l'OHSU est constituée des patients résidant dans l'État de l'Oregon et dans les comtés suivants de l'État de Washington, limitrophes de l'Oregon : Pacific, Lewis, Wahkiakum, Cowlitz, Clark, Skamania, Yakima, Klickitat, Benton, Walla Walla, et Columbia. Bien qu'il s'agisse de la principale zone de service de l'OHSU, tous les patients résidant de manière permanente aux États-Unis peuvent bénéficier d'une aide financière. Une preuve de résidence est requise. Parmi les documents acceptés figurent généralement les cartes d'identité ou permis de conduire délivrés par l'État, les contrats de location, les documents justificatifs (par exemple, attestation d'hébergement, aide versée par l'État, etc.) et/ou les copies des déclarations d'impôt sur le revenu.
4. **Patients internationaux :** Toute personne sollicitant et/ou recevant des soins médicaux à l'OHSU et résidant aux États-Unis à titre temporaire (par exemple, les titulaires d'un visa de non-immigrant, tel qu'un visa de visiteur/B2 ou un visa d'étudiant/F1).
5. **Membres du foyer/de la famille :** Un foyer est constitué d'une personne seule âgée d'au moins 18 ans, ou d'une personne accompagnée de son/sa conjoint(e), de son/sa partenaire de vie et de ses enfants à charge âgés de moins de 18 ans, vivant tous sous le même toit ; ainsi que de toute autre personne dont cette personne a la charge financière et qu'elle déclare comme personne à charge dans sa déclaration d'impôts, qu'elle vive ou non sous le même toit.
6. **Seuils fédéraux de pauvreté :** Le seuil de revenu utilisé par le gouvernement fédéral pour définir la pauvreté.
7. **Revenu du foyer :** Revenus de tous les membres du foyer ou de la famille qui vivent sous le même toit que le patient ou à l'adresse que celui-ci indique sur ses déclarations fiscales ou d'autres documents administratifs.
8. **Évaluation automatique pour l'aide financière :** Procédure par laquelle l'OHSU évalue la situation financière des patients bénéficiant de soins médicalement nécessaires afin de leur proposer une aide financière dès lors que leur dette dépasse \$1500, qu'ils ne soient pas assurés ou qu'ils soient bénéficiaires de programmes d'aide médicale de l'État. Cette évaluation sert ensuite à déterminer l'éligibilité à une aide financière.
9. **Formulaire de demande d'aide financière :** Un formulaire que le patient peut remplir s'il souhaite demander une aide financière.
10. **Services non pris en charge par l'OHP :** La Commission de l'Oregon chargée de l'évaluation des données de santé tient à jour une liste des correspondances entre pathologies et traitements, connue sous le nom de « Liste des services de santé prioritaires ». Ces correspondances ont été classées par l'État par ordre de priorité, de la plus importante à la moins importante, puis se sont vu attribuer un numéro de ligne. Les services jugés prioritaires sont financés par l'État dans le cadre du programme Oregon Health Plan. Le niveau de financement est fixé à un seuil défini par l'État. Cela signifie que toute correspondance qui se trouve au-dessus du seuil est considérée comme financée. Toute correspondance qui se trouve en dessous du seuil n'est pas financée. Les services en dessous du seuil sont généralement classés en trois catégories : les traitements qui n'apportent pas de résultats bénéfiques, les traitements à visée esthétique et les affections qui se résolvent d'elles-mêmes. Par ailleurs, certains services médicaux sont exclus du financement en vertu de l'article 410-120-1200 du code ORS intitulé « Services exclus et restrictions ».
11. **Montants généralement facturés (AGB) :** Le montant moyen perçu au titre de Medicare, Medicaid, d'autres organismes payeurs et des paiements des patients pour les services, les actes médicaux et les examens. Ce montant est généralement exprimé en pourcentage du montant brut des frais.
12. **Programme de partage des frais médicaux :** Les programmes de partage des frais médicaux, ou « ministères de partage des frais de santé », sont des groupes de personnes partageant les mêmes idées qui acceptent de s'unir pour s'entraider dans le paiement de leurs frais médicaux. En général, les programmes de partage des frais médicaux ne paient pas directement le prestataire de soins de santé. Au lieu de cela, ils versent l'argent au patient, qui se charge ensuite de le reverser au prestataire de soins.
13. **Compte en souffrance :** Un compte est considéré comme en souffrance lorsque le solde dû par le patient n'a pas été réglé après trois (3) relevés et/ou 90 jours à compter de la date du premier relevé.



OHSU Politique en matière d'aide financière

MOTS-CLÉS : Finances, Aide, Évaluation financière, Demande d'aide financière, FA

RESPONSABILITÉS :

Le personnel de l'OHSU chargé de traiter les demandes d'aide financière émanant de patients qui sont actuellement soignés ou qui ont déjà été soignés à l'OHSU est tenu de comprendre et de respecter la présente politique.

EXIGENCES DE LA POLITIQUE :

1. Communication sur l'aide financière et l'éducation des patients
 - a. L'OHSU met tout en œuvre pour mettre à la disposition de ses patients des informations sur les aides financières, notamment, mais sans s'y limiter :
 - i. Des informations sur la politique d'aide financière peuvent être obtenues gratuitement par téléphone, en personne ou par écrit. Voir l'annexe D pour consulter les coordonnées.
 - ii. Signalisation dans les principales zones d'accueil de chaque hôpital et dans les établissements de soins ambulatoires.
 - iii. Des brochures ou des documents complémentaires expliquant les aides financières sont disponibles sur simple demande dans tous les services de soins aux patients.
 - iv. Les relevés de facturation contiennent des informations concernant les possibilités d'aide financière.
 - v. Des sites Web fournissent des informations sur les possibilités d'aide financière.
 - vi. L'OHSU propose un service client en matière d'aide financière du lundi au vendredi, avec une messagerie vocale disponible.
 - vii. Le personnel du service d'aide financière aux patients de l'OHSU se tient à la disposition des patients pour les aider à comprendre les ressources disponibles et à en faire la demande, notamment le programme d'aide financière.
 - viii. L'OHSU met des exemplaires de cette politique à disposition dans les principaux espaces d'accueil de chaque hôpital et site satellite, sur simple demande.
 - ix. L'OHSU met à disposition sa politique d'aide financière, les instructions relatives à celle-ci et le formulaire de demande dans les langues parlées par au moins 1000 personnes ou par au moins 5 % de la population résidant dans la principale zone de service de l'OHSU, le chiffre le plus faible étant retenu.
 - x. L'OHSU propose des services d'interprétariat pour traduire des documents ou vous aider dans vos démarches administratives, selon vos besoins.
 - xi. L'OHSU exige que chaque agence de recouvrement à laquelle sont confiés des dossiers fournisse un numéro de téléphone que le patient peut appeler pour demander une aide financière. Le personnel du service d'aide financière aux patients est à votre disposition par téléphone pour vous aider à trouver les solutions financières ou les programmes d'aide adaptés à votre situation.
2. Non éligibilité à une aide financière au titre de la présente politique
 - a. L'assistance financière n'est pas offerte aux patients internationaux.
 - b. L'assistance financière n'est pas offerte aux patients bénéficiant de plan de partage des coûts jusqu'à ce qu'ils montrent une preuve de paiement de leur plan de partage des coûts après le service.
 - c. Les services et les situations dans lesquels un patient ne serait pas éligible à l'aide financière prévue par la présente politique comprennent :
 - i. Les services considérés comme non pris en charge ou non médicalement nécessaires selon la liste des services de santé prioritaires de l'OHP.



OHSU Politique en matière d'aide financière

- ii. Les services fournis à un patient pour lequel l'OHSU ne fait pas partie du réseau, ainsi que les services qui ne sont généralement pas pris en charge par votre réseau. Nous pouvons faire des exceptions si nous obtenons une autorisation pour des soins hors réseau, si nous fixons les tarifs de remboursement et si nous sommes le seul établissement de santé en mesure de fournir ces soins. L'aide financière ne sera versée qu'une fois que nous aurons reçu le paiement de votre compagnie d'assurance.
 - iii. Les patients dont les frais ne sont pas à leur charge (par exemple, ceux bénéficiant d'une aide financée par la collectivité ou une agence).
 - iv. Les patients qui sont assurés mais qui choisissent de ne pas faire valoir leur couverture.
 - v. Les procédures de chirurgie esthétique non urgentes.
 - vi. Les autres procédures non urgentes (par exemple, sans s'y limiter : certains services liés à l'infertilité, la réversion d'une stérilisation, la circoncision en l'absence d'indication médicale, les examens de routine de la vue pour les adultes de plus de 21 ans, etc.).
 - vii. Le patient ne répond pas aux critères d'évaluation financière spécifiques à la transplantation et au traitement par CAR-T avant le début du traitement.
 - viii. Les médicaments ou produits délivrés par la pharmacie à emporter chez soi.
 - ix. Le matériel médical durable (c'est-à-dire le matériel et les fournitures médicales non facturés par l'OHSU, les articles vendus au détail tels que les lunettes et les lentilles de contact, ou le matériel utilisé dans le traitement de l'apnée du sommeil).
 - x. Les services expérimentaux ou services s'inscrivant dans le cadre d'un essai clinique.
 - xi. Les services fournis dans les centres médicaux énumérés à l'annexe C. Cela comprend les services dispensés à la School of Dentistry dans le cadre du programme de services à tarif réduit de la School of Dentistry, ainsi que ceux proposés par Richmond Family Medicine et East Portland Family Medicine.
- d. L'OHSU et les agences de recouvrement ne fourniront aucune assistance une fois que le dossier aura fait l'objet d'une procédure judiciaire.

3. Conditions d'éligibilité

- a. Les conditions d'éligibilité à l'aide financière sont décrites ci-dessous :
 - i. Les patients résidant aux États-Unis peuvent bénéficier d'une aide financière au titre de cette politique si le revenu de leur foyer ou de leur famille est égal ou inférieur à 400 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL). Le montant de l'aide financière dépend de la taille du foyer et de ses revenus. Les seuils fédéraux de pauvreté en vigueur sont disponibles sur <http://aspe.hhs.gov/poverty/> et dans l'annexe A ci-dessous. Les critères d'éligibilité sont détaillés dans la section Niveaux d'aide financière ci-dessous.
- b. L'aide financière vient en second lieu par rapport à toutes les autres ressources financières dont dispose le patient, notamment les assurances, les programmes publics, les programmes de participation aux frais médicaux et la responsabilité civile.
- c. Dans le cadre de la procédure d'évaluation des aides financières, les patients seront invités à déposer une demande pour d'autres couvertures auxquelles ils pourraient avoir droit. Les patients sont invités à faire une demande pour toute autre couverture disponible. Cela inclut, sans s'y limiter, les programmes financés par l'État ou par le gouvernement fédéral, tels que Medicaid et Medicare.

4. Niveaux d'aide financière

- a. Une aide financière complète sera généralement accordée à toute personne responsable dont le revenu familial brut est égal ou inférieur à 300 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL). Consultez l'annexe A pour connaître le seuil fédéral de pauvreté actuel correspondant à chaque taille de foyer.



OHSU
Politique en matière d'aide financière

- b. Une aide de 65 % est généralement accordée à un responsable dont le revenu brut du foyer se situe entre 300 % et 400 % du seuil fédéral de pauvreté. La remise de 65 % est appliquée aux frais après déduction de notre remise de 35 % pour les patients payant eux-mêmes leurs soins, afin de garantir que les patients éligibles à une aide financière ne se voient pas facturer un montant supérieur à celui habituellement pratiqué. Voir l'annexe B pour savoir comment est calculé le montant généralement facturé.

Patients non assurés – Soins d'urgence et soins médicalement nécessaires	
Revenus familiaux	Montants facturés
300 % ou moins du seuil fédéral de pauvreté	Zéro
>300 % à 400 % du seuil fédéral de pauvreté	35 % du montant des frais, déduction faite de notre remise de 35 % pour les paiements directs
Patients bénéficiant d'une assurance privée – Soins d'urgence et soins médicalement nécessaires	
Revenus familiaux	Montants facturés
300 % ou moins du seuil fédéral de pauvreté	Zéro
>300 % à 400 % du seuil fédéral de pauvreté	35 % du solde après prise en charge par l'assurance

5. Processus manuel d'évaluation financière

- a. Une évaluation manuelle de la situation financière est effectuée pour tous les patients qui paient eux-mêmes leurs soins ainsi que pour tout patient qui se déclare dans l'incapacité de payer.
- b. Les demandes manuelles d'aide financière peuvent également être présentées par des tiers autres que le patient, tels que son médecin, des membres de sa famille, des associations locales ou religieuses, les services sociaux ou le personnel du système de santé. Le personnel prendra contact avec le patient ou son représentant afin de procéder à l'évaluation.
- c. Lors d'une évaluation manuelle, l'OHSU examine les revenus du foyer du patient ou de la personne responsable (par exemple, le/la conjoint(e), le/la partenaire de vie, le tuteur légal, etc.), le nombre de personnes composant le foyer, et procède à une vérification informelle de la solvabilité afin de déterminer l'éligibilité. Une allocation pour situation difficile peut être accordée à titre exceptionnel lorsque le foyer du patient ne répond pas aux critères de revenus requis pour bénéficier d'une aide financière. Veuillez contacter le service de facturation afin de déterminer si vous pouvez bénéficier d'une aide financière pour difficultés financières. Voir l'annexe D pour consulter les coordonnées.
- d. L'OHSU garantira la confidentialité des informations fournies dans le cadre du processus d'évaluation manuelle.
- e. Dans certains cas, aucune aide financière ne pourra être accordée sans qu'une demande d'aide financière ou une évaluation des ressources ait été remplie. Si le processus d'évaluation financière manuelle permet d'obtenir suffisamment d'informations pour rendre une décision définitive, il ne sera pas nécessaire de déposer une demande d'aide financière.
- f. La notification des décisions relatives à l'aide financière sera envoyée par courrier à la personne responsable.

6. Évaluation automatique pour l'aide financière

- a. Tous les patients ayant bénéficié de soins médicalement nécessaires et dont la dette dépasse \$1500, ainsi que tous les patients non assurés et ceux éligibles aux programmes d'aide médicale de l'État, feront l'objet d'une évaluation préalable avant de recevoir une facture.
- b. La taille du foyer et les revenus seront demandés à la personne responsable dans le cadre du processus d'évaluation, par téléphone, via MyChart, par e-mail ou par courrier. Cela permettra d'estimer le seuil de pauvreté fédéral du patient. L'OHSU vérifie également si le patient est ou a été éligible, par le passé, à divers programmes qui pourraient également aider à déterminer ce seuil.



OHSU
Politique en matière d'aide financière

- c. Le seuil de pauvreté fédéral estimé sert à déterminer le montant présumé de l'aide financière accordée à un patient :
 - i. Non éligible
 - ii. Informations insuffisantes
 - iii. Approuvé à 100 %
 - iv. Approuvé à 65 %
 - d. Toute autorisation préalable d'aide financière sera automatiquement déduite du solde du patient avant la facturation.
 - e. Les patients seront informés du montant présumé de l'aide financière qui leur est accordée via MyChart ou par courrier postal si leur demande est approuvée à 100 %. En cas de décision provisoire indiquant que la demande n'est pas éligible, que les informations fournies sont insuffisantes ou que la demande a été approuvée à 65 %, le patient en sera informé sur son relevé de facturation.
 - f. Si un patient estime avoir droit à une aide financière ou à une aide d'un montant supérieur à celui qui lui a été attribué lors de l'évaluation préliminaire, il peut en faire la demande via le formulaire de demande d'aide financière avant de bénéficier des services, ou dans un délai de 12 mois à compter de la date de prestation des services.
7. Demander une aide financière via le formulaire de demande d'aide financière
- a. Les demandes d'aide financière sont généralement utilisées lorsque les procédures d'évaluation manuelles ou automatiques ne fournissent pas suffisamment d'informations, ou lorsqu'une incohérence est détectée et que des informations supplémentaires sont nécessaires pour prendre une décision.
 - b. Les demandes d'aide financière peuvent également être présentées oralement ou par écrit à tout moment avant, pendant ou dans les 12 mois suivant la prestation des soins.
 - c. Les demandes d'aide financière peuvent être présentées par des tiers autres que le patient, tels que son médecin, des membres de sa famille, des associations locales ou religieuses, les services sociaux ou le personnel du système de santé. Le personnel prendra contact avec le patient ou son représentant afin de procéder à l'évaluation.
 - d. Toute personne sollicitant une aide financière auprès de l'OHSU fera l'objet d'une évaluation visant à déterminer si elle est éligible aux programmes médicaux concernés avant de se voir remettre un formulaire de demande d'aide financière, qui comprend les instructions nécessaires pour faire cette demande.
 - e. La demande d'aide financière sera examinée dès que le demandeur aura fourni un formulaire de demande d'aide financière dûment rempli, accompagné des pièces justificatives requises, notamment une attestation de revenus. Les justificatifs de revenus acceptés sont les suivants :
 - i. Bulletins de paie des trois derniers mois
 - ii. Copie de la déclaration fiscale de l'année en cours auprès de l'IRS
 - iii. Vérification des prestations de sécurité sociale ou des allocations chômage
 - iv. Copie des relevés bancaires permettant de vérifier d'autres sources de revenusEn l'absence de revenus, une lettre justifiant que des personnes subviennent aux besoins essentiels du patient sera acceptée. L'OHSU peut exiger des justificatifs supplémentaires concernant vos revenus.
 - f. L'OHSU garantira la confidentialité de toutes les demandes et des pièces justificatives.
 - g. L'OHSU peut, à ses frais, demander une vérification informelle de solvabilité afin de vérifier plus en détail les informations fournies dans la demande.
 - h. L'OHSU s'efforcera de rendre sa décision concernant l'aide financière dans un délai de 21 jours à compter de la réception d'une demande d'aide financière dûment remplie.
 - i. Les demandes d'aide financière qui ne sont pas complètes seront conservées pendant une période de 90 jours. Si les documents requis ne sont pas fournis dans ce délai de 90 jours, il pourra être nécessaire de déposer une nouvelle demande.



OHSU Politique en matière d'aide financière

- j. Si une demande est jugée incomplète, le patient en sera informé dans un délai de dix (10) jours.
 - i. La notification précisera les informations supplémentaires requises pour prendre une décision, les démarches à effectuer pour compléter la demande, ainsi que les coordonnées à contacter si vous avez des questions.
 - k. La notification des décisions relatives à l'aide financière sera envoyée par courrier à la personne responsable. Lorsqu'un patient bénéficie de soins à tarif réduit (plutôt que gratuits), des modalités de paiement raisonnables, adaptées à la capacité financière de la partie responsable, lui seront proposées pour les montants à sa charge.
 - l. Si l'OHSU rejette une demande d'aide financière ou accorde une prise en charge inférieure à 100 % des frais du patient, une notification sera envoyée dans les dix (10) jours ouvrables suivant la décision. Cette notification indiquera le motif du refus, les critères d'éligibilité pris en compte, ainsi que les coordonnées à contacter pour toute question relative à ce refus. Elle contiendra également des informations sur la procédure d'appel. La procédure d'appel est également décrite à la section dix (10) de la présente politique.
8. Admissibilité à l'aide financière en raison de l'admissibilité à d'autres programmes
- a. Une aide financière peut être accordée même en l'absence d'une demande dûment remplie, lorsque le patient n'en fait pas la demande mais que d'autres informations disponibles attestent d'une situation de précarité financière rendant la créance pratiquement impossible à rembourser. Parmi les exemples d'exceptions pour lesquelles les exigences en matière de documentation ne s'appliquent pas, on peut citer, entre autres :
 - i. Une évaluation financière indépendante fondée sur la solvabilité fait état d'une situation d'indigence.
 - ii. Une aide financière automatique à hauteur de 100 % est accordée dans les situations suivantes, à condition que les autres critères d'éligibilité soient remplis :
 - 1. Les patients bénéficient d'un contrat Medicaid actif à couverture limitée, y compris la couverture Citizen Waived Medical (CWM), ou d'un plan d'économies Medicare tel que SMF, SMB ou QI-1 ; ou
 - 2. Les patients bénéficiant actuellement d'une couverture Oregon Medicaid verront leurs frais antérieurs pris en charge.
9. Période d'éligibilité
- a. L'approbation de l'aide financière s'appliquera aux soldes dus par les patients à la date de l'approbation et couvrira tous les services éligibles fournis par l'OHSU dans un délai d'un an (365 jours) à compter de la date d'entrée en vigueur de l'approbation.
 - b. La période d'approbation peut être écourtée et prendre fin avant la date d'approbation initiale si le patient remplit d'autres conditions d'éligibilité à la couverture ou si des incohérences sont constatées dans les informations relatives à l'éligibilité présumée qui ont été fournies.
 - c. Les patients devront déposer une nouvelle demande d'aide financière s'ils ont besoin de services supplémentaires après l'expiration de l'autorisation.
10. Appel concernant une décision relative à une demande d'aide financière
- a. Les patients peuvent faire appel s'ils estiment que leur demande d'aide financière n'a pas été approuvée conformément à cette politique.
 - i. Le formulaire de demande d'appel est disponible sur notre site Web. Vous pouvez également entamer une procédure d'appel en appelant notre équipe d'aide financière au 503-494-8551.
 - ii. Une fois l'appel déposé, toutes les mesures de recouvrement seront suspendues jusqu'à ce que l'appel ait été réglé.

- b. Si un patient n'est pas d'accord avec une décision prise dans le cadre d'une procédure de non-application (évaluation automatique ou manuelle), il doit d'abord remplir une demande d'aide financière et fournir des justificatifs de revenus afin qu'une décision définitive puisse être prise. Seules les décisions rendues à la suite d'une demande peuvent faire l'objet d'un appel.
- c. Toutes les décisions rendues en appel sont définitives et seront communiquées au patient.

11. Prestataires pris en charge

- a. Les demandes d'aide financière et les décisions qui en découlent ne concernent que les soldes dus à l'OHSU. Pour plus de détails, voir l'annexe C.

12. Réductions pour les patients non assurés

- a. L'OHSU propose des réductions aux patients qui ne disposent pas d'assurance maladie ou d'une autre couverture. Cette réduction ramène le montant dû à 65 % (réduction de 35 %). Cette réduction sera appliquée automatiquement, puis toute aide financière approuvée sera prise en compte afin de garantir que nous ne facturons pas aux patients un montant supérieur aux tarifs habituellement pratiqués.
 - i. Cette réduction ne s'applique pas aux patients étrangers.
- b. Le barème de réduction a été établi en calculant la moyenne des montants généralement facturés au régime Medicare à l'acte et à l'ensemble des assureurs privés, selon une méthode rétrospective (voir l'annexe B).

13. Pratiques en matière de facturation et de recouvrement

- a. L'OHSU déduira toute aide financière accordée du montant à la charge du patient avant de lui facturer l'ensemble des services médicalement nécessaires.
- b. L'OHSU enverra au moins trois (3) avis de paiement au patient, l'informant du montant dû et de la possibilité de remplir une demande d'aide financière. L'OHSU tentera également de contacter le patient par téléphone au numéro qu'il aura fourni (le cas échéant) afin de l'informer du montant dû et de la possibilité qui lui est offerte de remplir une demande d'aide financière, en précisant que le fait de remplir cette demande peut lui permettre de bénéficier de soins gratuits ou à tarif réduit.
- c. Des modalités de paiement peuvent être mises en place pour les patients, les conditions étant convenues d'un commun accord entre le patient et les services de facturation de l'OHSU. Aucun intérêt ne sera facturé au patient qui s'acquitte dans les délais de toutes les échéances prévues dans le plan de paiement des services de santé.
- d. Si un solde reste dû après la détermination de l'aide financière et que le patient ne respecte pas les modalités de paiement convenues, l'OHSU tentera à deux reprises de lui envoyer un avis par courrier. Si la situation financière du patient a changé, celui-ci aura la possibilité de convenir de nouvelles modalités de paiement.
- e. Si le patient ne prend pas de dispositions de paiement ou s'il ne respecte pas les modalités de paiement convenues, l'OHSU peut confier le recouvrement du solde impayé à une agence de recouvrement. Avant de confier le dossier d'un patient à un service de recouvrement, l'OHSU procédera à une évaluation préliminaire de son éligibilité à une aide financière par l'intermédiaire d'un prestataire externe.
- f. L'OHSU peut décider de classer les comptes en souffrance comme « cas présumés de générosité » lorsque des résultats indépendants indiquent une incapacité de paiement, en s'appuyant sur une analyse préalable au recouvrement effectuée par un prestataire spécialisé.
- g. Tout patient sans domicile fixe ou sans abri qui ne peut faire l'objet d'une évaluation préliminaire, qui ne dispose pas d'informations suffisantes pour cette évaluation ou qui n'a reçu aucune réponse lors de l'évaluation préliminaire sera automatiquement considéré comme se situant sous le seuil de pauvreté fédéral (FPL) et sera donc éligible à une aide financière à 100 % au titre de l'aide sociale.



OHSU
Politique en matière d'aide financière

Annexe A

Tableau des seuils fédéraux de pauvreté (FPL) pour 2026

L'OHSU se base sur le seuil fédéral de pauvreté applicable aux 48 États contigus et au District de Columbia

<u>Membres de la famille</u>	<u>Revenu annuel</u>
<u>1</u>	<u>\$15,960</u>
<u>2</u>	<u>\$21,640</u>
<u>3</u>	<u>\$27,320</u>
<u>4</u>	<u>\$33,000</u>
<u>5</u>	<u>\$38,680</u>
<u>6</u>	<u>\$44,360</u>
<u>7</u>	<u>\$50,050</u>
<u>8</u>	<u>\$55,720</u>
<u>Pour chaque personne supplémentaire, ajoutez</u>	<u>\$5,680</u>



OHSU
Politique en matière d'aide financière

Annexe B

Calculs et tableau des montants généralement facturés (AGB)

Nous calculons chaque année nos montants généralement facturés (AGB) afin de nous assurer que nous ne facturons à aucun patient éligible à l'aide financière (FA) un montant supérieur à celui habituellement facturé. La méthode utilisée pour calculer les montants généralement facturés (AGB) est une méthode rétrospective fondée sur les indemnités effectivement versées dans le cadre du système de paiement à l'acte de Medicare et par les assureurs privés. Un pourcentage moyen unique sur le montant brut des frais, ou plusieurs pourcentages correspondant à différentes catégories de soins, à différents éléments ou à différents services. Le taux des AGB sera révisé chaque année au mois de janvier et entrera en vigueur dans les 120 jours suivant toute modification de ce taux. Dans le cadre de notre méthode de prise en charge à 100 %, les patients ne paient rien. Pour la prise en charge à 65 %, l'OHSU applique d'abord une réduction de 35 % pour les patients payant de leur poche, puis une réduction de 65 % au titre de la prise en charge, ce qui laisse au patient 22,75 % des frais à sa charge, soit un montant inférieur aux AGB pour les trois organismes.

<u>Établissement</u>	<u>Service</u>	<u>Entrée en vigueur</u>	<u>Taux des AGB</u>
Hôpital et cliniques OHSU	Tous les services	3/1/2025	37,30 %
Hillsboro Medical Center	Tous les services	3/1/2025	31,80 %
Adventist Health Portland	Tous les services	3/1/2025	23,10 %

Annexe C

La politique d'aide financière de l'OHSU s'adresse à tous les prestataires faisant partie du programme OHSU Practice Plan. Les seuls établissements exclus du programme d'aide financière prévu par la présente politique sont la Richmond Family Medicine Clinic OHSU et la East Portland Family Medicine Clinic OHSU, qui appliquent les directives des Centres de santé agréés au niveau fédéral (FQHC), ainsi que les services fournis par la School of Dentistry dans le cadre du programme de services à tarif réduit de cette dernière.

Annexe D

Coordonnées du service de facturation pour demander des informations sur les aides financières ou bénéficier d'une dérogation pour difficultés financières après qu'une décision concernant l'aide financière a été prise et que le patient a été jugé comme ayant des revenus trop élevés ou n'étant éligible qu'à une aide partielle.

OHSU et Hillsboro Medical Center
503-494-8760



OHSU
Politique en matière d'aide financière

RÉFÉRENCES PERTINENTES : S/O

DOCUMENTS CONNEXES/LIENS EXTERNES :

- Formulaire de demande d'aide financière
- Politique de réduction de l'OHSU pour les patients payant eux-mêmes
- Politique de paiement de l'OHSU pour les patients internationaux
- Allocations de l'OHSU pour difficultés financières et situations catastrophiques

COMITÉ(S) CHARGÉ(S) DE L'APPROBATION :

- Directeur(-trice) adjoint(e), Services financiers pour les patients
- Directeur(-trice) principal(e), Services d'accès des patients
- Vice-président(e) chargé(e) du cycle de facturation
- Vice-président(e) directeur(-trice) de l'OHSU et directeur(-trice) financier(-ère)

HISTORIQUE DES RÉVISIONS (Historique des révisions – brève description des modifications, révision triennale, mise à jour réglementaire, déclaration de politique remplacée, etc.)

Tableau de l'historique des révisions

Numéro du document et version	Approbation finale par	Brève description de la modification/révision
HC-FSM-112-POL Rév. 010820	Services financiers	Description plus détaillée de la procédure et des éléments de l'aide financière. Mise à jour du texte pour tenir compte des modifications réglementaires et des exigences de conformité
HC-FSM-112-POL Rév. 032920	Services financiers	Mise à jour du tableau des revenus correspondant au seuil fédéral de pauvreté (FPL), mise à jour du texte
HC-FSM-112-POL Rév.060221	Services financiers	Mise à jour des dispositions relatives à la conformité, mise à jour du tableau des revenus correspondant au seuil fédéral de pauvreté (FPL)
HC-FSM-112-POL Rév.030922	Services financiers	Mise à jour des dispositions relatives à la conformité, mise à jour du tableau des revenus correspondant au seuil fédéral de pauvreté (FPL)
HC-FMS-112-POL Rév.05312023	Services financiers	Correction apportée au tableau des revenus correspondant au seuil fédéral de pauvreté (FPL)
HC-FSM-112-POL Rév.030226	Services financiers	Mise à jour des directives pour le FPL et les AGB, mise à jour des exigences de conformité relatives au projet de loi HB3320
HC-FSM-112-POL Rév.030926	Services financiers	Mise à jour du FPL et des AGB, mise à jour du processus d'évaluation automatique
HC-FSM-112-POL Rév.040826	Services financiers	Mises à jour réglementaires suite au passage au HB4040

HC-FSM-112-POL Rév.040826

Ce document peut être imprimé, mais il convient de se référer à la source électronique pour obtenir la version la plus récente.