

Annexe A: DISPOSITIONS DU SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNIQUEMENT) RELATIVES A L'ASSISTANCE FINANCIERE ET SPECIFIQUES AUX REGLEMENTATIONS DE DC

ANNEXE A

SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNIQUEMENT)

DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSISTANCE FINANCIERE ET SPECIFIQUES AUX REGLEMENTATIONS DU DC

OBJECTIF:

L'objectif de la présente ANNEXE est de coucher par écrit les dispositions complémentaires applicables au Sibley Memorial Hospital afin de répondre aux exigences du District de Columbia en matière de soins non compensés, ainsi que prévus au Point 22, Chapitre 44 des Réglementations Municipales du DC. Pour les patients qui ne répondent pas aux critères d'éligibilité ouvrant droit à des soins non compensés, Sibley Memorial Hospital (SMH) s'engage à fournir une assistance financière en appliquant une échelle dégressive à l'ensemble des frais, conformément à la Politique PFS035.

POLITIQUE:

SMH s'engage à fournir les efforts nécessaires afin de fournir des services non compensés conformes au niveau annuel de conformité requis dans le cadre de la section 4404 du Chapitre 44 des Réglementations municipales du District de Columbia, Point 22 « Offre de soins non compensés. »

En aucun cas, SMH ne peut refuser des soins d'urgence à une personne qui serait dans l'impossibilité de régler ces frais. SMH peut renvoyer une personne ayant bénéficié de soins d'urgence ou peut transférer cette personne dans un autre établissement, si le personnel médical juge la décision raisonnable, qu'une telle mesure est appropriée d'un point de vue clinique et dans l'intérêt du patient et de l'hôpital.

SMH s'engage à fournir des soins non compensés conformément à la Section 4400.2 du Chapitre 44 des Réglementations municipales du District de Columbia, Point 22 « Soins non compensés », aux personnes éligibles. Les soins non compensés sont prodigués sur la base des règles ou obligations contractuelles existant entre Sibley et le Gouvernement du District de Columbia, et ce quelle que soit la valeur en dollar la plus élevée générée

Les soins non compensés sont définis par le droit applicable aux certificats de besoins (Code du DC 44-401 section relative aux définitions). Le droit définit les soins non compensés comme le coût des services de santé prodigués à des patients pour lesquels l'établissement de santé ne perçoit pas de paiement. Le terme « soins non compensés » comprend les créances non recouvrables et les soins de charité, mais ne comprend pas les indemnités contractuelles.

Créances non recouvrables signifie une somme due pour des services médicaux fournis par l'hôpital, un médecin à un patient mais qui est considérée comme ne pouvant être perçue, et ce malgré des efforts jugés raisonnables pour ce faire; absence d'obligation de la part d'une quelconque instance fédérale, étatique ou locale. Le terme créances non recouvrables ne comprend pas les soins de charité.

Soins de charité signifie les services prodigués par l'hôpital, un médecin à des personnes dans l'incapacité de s'acquitter des frais liés à ces services, notamment les personnes à faibles revenus, les personnes non assurées ou mal assurées. Les soins de charité excluent les services jugés comme dus à une créance non recouvrable ou relevant d'une créance non recouvrable.

CRITERES D'ELIGIBILITE A DES SOINS NON COMPENSES

Une personne est éligible à des soins non compensés si la personne en question est dans l'impossibilité de régler les frais médicaux et répond aux critères suivantes:

Annexe A: DISPOSITIONS DU SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNIQUEMENT) RELATIVES A L'ASSISTANCE FINANCIERE ET SPECIFIQUES AUX REGLEMENTATIONS DE DC

1. La personne n'est pas couverte, ou bénéficie de services qui ne sont pas couverts, dans le cadre d'un programme mis en place par le gouvernement ou une compagnie d'assurance;
2. La personne perçoit des revenus annuels ou familiaux n'excédant pas 200 % du Niveau de pauvreté tel que défini au niveau fédéral (FPL en anglais); et
3. La personne demande à bénéficier de services.

L'éligibilité financière à des soins non compensés est calculée par le biais d'une de ces méthodes:

1. Revenus individuels ou familiaux de la personne multipliés par quatre (4), comme applicable, au cours des trois (3) mois qui précèdent la Demande de soins non compensés; ou
2. Revenus individuels ou familiaux de la personne, comme applicable, au cours des trois (12) mois qui précèdent la Demande de soins non compensés; ou.

MONTANTS GENERALEMENT FACTURES

Les montants généralement facturés aux personnes couvertes par une assurance (montants dits « AGB ») sont calculés avec la méthode « rétrospective » qui est définie par l'ensemble des demandes de remboursement des soins médicaux d'urgence/nécessaires qui ont été réglés dans leur intégralité à l'hôpital par Medicare et l'ensemble des assurances santé privées ainsi que par les payeurs initiaux de ces demandes de remboursement. La méthode prend systématiquement en compte les sommes versées à l'hôpital sous forme de co-assurance ou de franchises. SMH calcule le(s) pourcentage(s) d'AGB, au moins annuellement, en passant en revue l'ensemble des demandes de remboursement réglées dans leur intégralité au cours des 12 mois qui précèdent. Une fois déterminé(s), le(s) pourcentage(s) AGB est appliqué au plus tard 45 jours après la fin de la période de 12 mois.

Les personnes éligibles à une assistance financière ne sont pas tenues de régler, pour des soins médicaux d'urgence/nécessaires, une somme supérieure aux sommes généralement facturées aux personnes qui bénéficient d'une couverture pour les soins en question.

SOINS NON COMPENSES: CRITERE ANNUEL

Dans le cadre de la présente politique et de l'ANNEXE, les soins non compensés devant être prodigués à SMH doivent être calculés comme suit: Niveau annuel de conformité:

1. Un montant qui ne peut être inférieur à trois (3 %) pour cent des frais annuels de fonctionnement de SMH, moins le montant des remboursements perçus au titre des Points XVIII et XIX du Social Security Act (Medicaid et Medicare), sans prise en compte des indemnités contractuelles. En outre, SMH s'engage à respecter ses obligations en matière de soins non compensés conformément à la Loi applicable relative à un CON (Certificate of needs) antérieur.
2. Si SMH n'est pas en mesure au cours d'une quelconque année fiscale de répondre à ses obligations en matière de soins non compensés, il s'engage à fournir des soins non compensés dans une proportion correspondante afin de compenser les soins non compensés non dispensés l'année précédente/les années précédentes. Cette mesure est conforme au plan de conformité approuvé par l'Agence de l'État pour la Planification et le Développement médical (ci-après SHPDA, en anglais) et doit être appliquée dans un délai de trois (3) ans à compter de l'année où SMH n'a pas répondu à ses obligations.
3. Si SMH fournit des soins non compensés au cours d'une année fiscale, et ce de façon excédentaire par rapport à son niveau annuel de conformité, SMH peut demander au Directeur de transformer les sommes excédentaires en crédit visant à combler un déficit existant ou son niveau annuel de conformité pour toute année fiscale antérieure. Pour être éligible à un crédit, la valeur excédentaire en dollar supérieure au niveau annuel de conformité doit avoir été perçue conformément aux exigences énoncées au présent chapitre.

COMMUNICATION PAR ECRIT DE L'ELIGIBILITE A DES SOINS NON COMPENSES

1. En cas d'éligibilité à des soins non compensés, ainsi que déterminée par SMH, ce dernier communique par écrit sa décision à

Annexe A: DISPOSITIONS DU SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNIQUEMENT) RELATIVES A L'ASSISTANCE FINANCIERE ET SPECIFIQUES AUX REGLEMENTATIONS DE DC

toute personne faisant une demande de tels soins. Une notification est communiquée en personne au moment de la demande de soins non compensés ou par courrier à l'adresse fournie par la personne ayant fait la demande. Si la personne n'est pas disponible pour être notifiée en personne et ne dispose d'aucune adresse, SMH peut afficher dans ses locaux, dans un lieu accessible au public, une notification indiquant que le statut d'éligibilité de la personne est disponible auprès de l'administration de Sibley.

1. Le Vice-président / Responsable financier est chargé de l'application de la présente politique. Il/elle s'engage à mettre en place un plan d'allocation qui réponde aux exigences prévues par les réglementations et surveille son application. Le Vice-président / Responsable financier prépare un rapport pour la SHPDA dans un délai de 120 jours au terme de chaque année fiscale. Les documents qui étayent la décision prise par Sibley sont mis à disposition du public et transmis à la SHPDA. Ces documents doivent être conservés par le Vice-président / Responsable financier pendant cinq (5) ans à compter de la date de la dernière entrée de l'année fiscale en cours. Le Président et le Trésorier du Conseil d'administration sont tenus informés de façon régulière du respect de la présente politique par Sibley.
2. Si une demande est soumise avant que le service soit fourni, SMH se prononce sur l'éligibilité à des soins non compensés dans un délai de cinq (5) jours ouvrés à compter de la demande complète pour un service en ambulatoire ou avant la sortie du patient du service dans lequel il est admis. Si la demande est soumise après que des services ambulatoires ont été prodigués par SMH ou après la sortie d'un patient, SMH doit se prononcer sur son éligibilité avant le terme du prochain cycle de facturation. Normalement, la notification est rendue dans les 5 jours qui suivent la réunion prévue du Comité Communautaire d'Assistance. SMH peut émettre une notification d'éligibilité conditionnelle. Une telle notification doit indiquer les conditions devant être remplies par la personne ayant fait la demande de soins non compensés afin d'être éligible.
3. Chaque notification écrite relative à une demande de soins non compensés doit être communiquée promptement au demandeur. Chaque notification d'éligibilité à des soins non compensés doit indiquer:
 1. Que SMH fournira, fournira sous conditions, ne fournira pas de soins non compensés;
 2. Que les soins non compensés n'engendreront aucun frais;
 3. La date à laquelle la demande a été faite;
 4. La date à laquelle la décision a été prise;
 5. Les revenus annuels de la personne ou de sa famille, comme applicable, et la taille de la famille de la personne ayant déposé la demande de soins non compensés;
 6. La date à laquelle les services ont été, ou seront, fournis; et
 7. La raison d'un éventuel refus.

OBLIGATION RELATIVE A LA PUBLICATION DE LA NOTIFICATION DE SOINS NON COMPENSES:

Avant le début de son année fiscale, SMH doit publier une notification de disponibilité par rapport à ses soins non compensés dans un journal à grand tirage du District de Columbia. Sibley doit également fournir une copie de ladite notification à la SHPDA. Le Vice-président / Responsable financier est chargé de l'affichage et de la rédaction de la présente politique. La notification doit comprendre:

1. La valeur en dollar des soins non compensés que SMH entend prodiguer au cours de l'année fiscale ou une déclaration selon laquelle SMH s'engage à fournir des soins non compensés à toute personne dans l'impossibilité de payer pour un traitement et qui fait une demande de soins non compensés;
2. Une explication de la différence entre le montant des soins non compensés proposé par SMH et le niveau annuel de conformité pour Sibley, le cas échéant; et
3. Une déclaration indiquant si SMH a satisfait à toutes ses obligations en matière de soins non compensés des périodes précédentes de déclaration en suspens, ou une déclaration indiquant que l'établissement satisfera, sur une période spécifique, à toute obligation en suspens.

AFFICHAGE DE LA NOTIFICATION DE DISPONIBILITE DES SOINS NON COMPENSES:

Une notification annonçant la possibilité de soins non compensés doit être affichée à la vue de tous dans les lieux d'enregistrement des patients, dans les services d'admission, les bureaux d'affaire et le service des urgences. SMH doit afficher la notification suivante:

1. « Conformément au droit applicable du District de Columbia, ce fournisseur de services de santé doit rendre ses services accessibles à l'ensemble de la communauté. Ce fournisseur de services de santé n'est pas autorisé à sélectionner une personne sur la base de son ethnie, sa couleur, sa religion, son origine, son sexe, son âge, son statut marital, son apparence physique, son orientation sexuelle, ses responsabilités familiales, ses études, son affiliation politique, son handicap physique, ses revenus, son lieu de résidence ou son activité professionnelle, ni en fonction de son éventuelle couverture par un programme comme Medicare ou Medicaid. »
2. « Ce fournisseur de services de santé doit également fournir un nombre raisonnable de services gratuits ou à coût réduit aux personnes dans l'impossibilité de payer. Demandez au personnel si vous êtes éligible à des services gratuits ou à coût réduit. Si vous pensez qu'on vous a refusé des services ou une prise en charge gratuite/à coût réduit de façon injustifiée, contactez le Bureau des Admissions ou le Bureau d'Affaires de ce personnel soignant, et appelez l'Agence de l'État pour la Planification et le Développement médical (Health Planning and Development Agency) par l'intermédiaire du centre téléphonique de la ville au 202-727-1000. »
3. « Si vous souhaitez déposer une plainte, des formulaires sont disponibles à l'Agence de l'État pour la Planification et le Développement médical. »

Cette notification doit également comprendre un résumé des critères d'éligibilité de Sibley à des soins non compensés. Cette notification doit être publiée en anglais et en espagnol ainsi que dans toute langue considérée comme la langue utilisée dans les foyers de dix (10 %) pour cent ou plus des habitants du District de Columbia, et ce sur la base des chiffres les plus récents publiés par le Bureau de recensement. Sibley doit communiquer le contenu de la notification affichée à toute personne ne pouvant pas lire la notification.

NOTIFICATION ÉCRITE DE DISPONIBILITE DE SOINS NON COMPENSES:

A tout moment d'une année fiscale au cours de laquelle des soins non compensés sont possibles au SMH, SMH doit fournir une notification de disponibilité des services en question à toute personne qui souhaite bénéficier des services de l'hôpital pour son compte ou pour le compte d'une tierce personne. SMH doit fournir cette notification écrite avant de fournir les services demandés, sauf si la nature urgente des services rend cette mesure inapplicable. Dans les situations d'urgence, SMH doit fournir la notification écrite au patient dès que cela est matériellement possible, ou à un de ses proches. Cette notification doit être remise au plus tard à la remise de la première facture pour les services fournis. Cette notification écrite individuelle doit comprendre ce qui suit:

1. « Conformément au droit applicable du District de Columbia, ce fournisseur de services de santé doit rendre ses services accessibles à l'ensemble de la communauté. Ce fournisseur de services de santé n'est pas autorisé à sélectionner une personne sur la base de son ethnie, sa couleur, sa religion, son origine, son sexe, son âge, son statut marital, son apparence physique, son orientation sexuelle, ses responsabilités familiales, ses études, son affiliation politique, son handicap physique, ses revenus, son lieu de résidence ou son activité professionnelle, ni en fonction de son éventuelle couverture par un programme comme Medicare ou Medicaid. »
2. « Ce fournisseur de services de santé doit également fournir un nombre raisonnable de services gratuits ou à coût réduit aux personnes dans l'impossibilité de payer. Demandez au personnel si vous êtes éligible à des services gratuits ou à coût réduit. Si vous pensez qu'on vous a refusé des services ou une prise en charge gratuite/à coût réduit de façon injustifiée, contactez le Bureau des Admissions ou le Bureau d'Affaires de ce personnel soignant, et appelez l'Agence de l'État pour la Planification et le Développement médical (Health Planning and Development Agency) par l'intermédiaire du centre téléphonique de la ville au 202-727-1000. »
3. « Si vous souhaitez déposer une plainte, des formulaires sont disponibles à l'Agence de l'État pour la Planification et le Développement médical. »

Annexe A: DISPOSITIONS DU SIBLEY MEMORIAL HOSPITAL (UNIQUEMENT) RELATIVES A L'ASSISTANCE FINANCIERE ET SPECIFIQUES AUX REGLEMENTATIONS DE DC

Cette notification doit également comprendre un résumé des critères d'éligibilité à des soins non compensés tels que définis par Sibley, la localisation du bureau auprès duquel toute personne souhaitant bénéficier de soins non compensés peut en faire la demande, et doit indiquer que Sibley s'engage à prendre une décision par écrit concernant la fourniture, ou non, de soins non compensés et la date à laquelle, ou la période au cours de laquelle, la décision sera prise.

DEFINITION DE LA COMMUNAUTE SMH:

SMH rend ses services, y compris les services requis conformément aux exigences statutaires du District de Columbia en matière de soins non compensés « à l'ensemble de la communauté. » Cette communauté s'étend aux personnes qui vivent ou travaillent dans la zone de service de l'hôpital ou qui ont besoin de services d'urgence lors d'une visite réalisée dans la zone de service de l'hôpital. Sont exclues du Programme Communautaire d'Assistance les personnes faisant une demande de services non nécessaires et qui résident manifestement en-dehors de la zone de service de l'hôpital. La zone de service de l'hôpital comprend le District de Columbia une grande partie du Maryland et de la Virginie, avec des services limités fournis aux résidents de Virginie occidentale, du Delaware et de la Pennsylvanie. L'hôpital peut exiger du demandeur qu'il fournisse des documents indiquant qu'il est en situation de conformité par rapport à la définition de la communauté telle que définie par l'hôpital.

REFERENCE:

Réglementations municipales de DC Point 22 Sections 4404, 4405 et 4406