

BAPTIST HEALTH MANUEL DE POLITIQUE ET DE PROCÉDURE			N° 3.14
Section : Soins aux patients FINANCE	Objet : POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE HOSPITALIÈRE		
Date de création : Octobre 1998	Remplace :	Date d'entrée en vigueur : 1 octobre 2017	
Date de révision : 1er juin 2021	Périmètre :		
Validation : /Scott Wooten, vice-président directeur et directeur financier			

I. POLITIQUE

Conformément à la philosophie, à la mission et aux valeurs fondamentales de Baptist Health, notre politique consiste à prodiguer des soins médicalement nécessaires à tous les patients, quelles que soient leurs ressources financières. Cette politique s'applique exclusivement aux hôpitaux Baptist Health et aux prestataires mentionnés à l'Annexe A. Elle ne couvre ni les prestataires indiqués à l'Annexe B, ni les interventions facultatives ou autres non reconnues comme médicalement nécessaires.

II. OBJET

Apporter un soutien financier aux patients répondant aux critères d'aide financière conformément aux lignes directrices fédérales sur la pauvreté mentionnées à l'Annexe C et spécifiés dans cette politique, dans le respect des exigences de l'article 501(r) de l'Internal Revenue Code.

III. DÉFINITIONS

AHCA : Agence floridienne d'administration des soins de santé

Montant généralement facturé (« MGF ») : montant moyen payé par Medicare et les assureurs de santé commerciaux au cours des douze (12) derniers mois pour les soins médicalement nécessaires. Ce chiffre sera mis à jour tous les ans, dans les 120 jours suivant le dernier jour inclus dans les calculs de l'année précédente.

Pourcentage du montant généralement facturé (« %MGF ») : MGF divisé par les frais bruts du patient pour tous les remboursements versés par Medicare et les assureurs de santé commerciaux au cours des douze (12) derniers mois.

Demande : demande d'aide financière, disponible en ligne et au format papier. Une copie de la version papier est disponible à l'Annexe D et sur le site Web de Baptist Health à l'adresse <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance>.

Hôpitaux Baptist Health : tous les hôpitaux de soins actifs Baptist Health (Baptist Medical Center Beaches, Baptist Medical Center Jacksonville, Baptist Medical Center Nassau, Baptist Medical Center South et Wolfson Children's Hospital), ce qui inclut les unités de soins ambulatoires et les centres de secours d'urgence indépendants (Baptist Emergency Center Clay, Baptist Emergency Center North, Baptist Emergency Center Oakleaf et Baptist Emergency Town Center).

Aide financière : partie d'une facture qui n'échoit pas au patient en raison de son incapacité à payer, déterminée selon les critères d'aide financière présentés dans cette politique.

EMTALA : ensemble des réglementations adoptées par les centres de services Medicare et Medicaid conformément à l'Emergency Medical Treatment and Labor Act de 1986.

Actifs discrétionnaires excédentaires : partie de la juste valeur marchande des épargnes, placements et propriétés secondaires excédant 75 000 \$. Exclut les actifs détenus dans des plans de pension admissibles au titre des articles 401(k) et 403(b) de l'IRC, ainsi que dans tout autre plan de retraite admissible.

Revenus excédentaires du foyer : 50 % de la partie des revenus annuels du foyer excédant 200 % du seuil de pauvreté fédéral.

Soins médicaux d'urgence : soins prodigués par un hôpital Baptist Health aux patients souffrant d'un trouble médical urgent.

Trouble médical urgent : pathologie se manifestant par de violents symptômes de gravité suffisante, pouvant inclure des douleurs aiguës, de sorte qu'une absence de prise en charge médicale immédiate pourrait raisonnablement se traduire par de graves risques pour la santé du patient (femmes enceintes et fœtus compris), une sérieuse dégradation de ses fonctions corporelles ou un grave dysfonctionnement de tout ou partie de l'un de ses organes. Cette définition couvre les femmes enceintes ressentant des contractions si les délais requis pour un transfert sécurisé vers un autre hôpital avant l'accouchement ne peuvent être respectés ou si ledit transfert peut entraîner un risque pour la santé et la sécurité de la patiente ou du fœtus, ou s'il existe des signes évidents d'apparition et de permanence de contractions utérines ou de rupture des membranes.

Actions extraordinaires de recouvrement (« AER ») : actions engagées par un prestataire de soins de santé contre une personne, pouvant concerner : (i) la cession de la créance de cette personne à une tierce partie, (ii) la communication d'informations négatives au sujet de cette personne à une agence d'évaluation de crédit à la consommation ou à toute autre agence réalisant des enquêtes de solvabilité, (iii) le report ou le refus de prodiguer tout soin médicalement nécessaire avant le paiement ou en raison du non-paiement d'un soin médicalement nécessaire préalablement prodigué, (iv) toute action juridique ou judiciaire (hors créances ou privilèges de faillite admises par la législation de l'État dans le cadre d'un jugement, règlement ou compromis relatif à un préjudice physique).

Les actions extraordinaires de recouvrement (AER) n'incluent pas : les règlements, jugements ou compromis issus d'une action en justice intentée par un patient contre une tierce partie, lorsque le préjudice physique a été subi en raison des actions de la tierce partie et non par la faute du patient. Les privilèges de l'hôpital destinés à obtenir ces indemnités ne doivent donc pas être reconnus comme des actions de recouvrement à l'encontre du patient. De plus, la partie des indemnités d'un jugement, d'un règlement ou d'un compromis attribuable, selon la loi, aux soins ayant été prodigués par un centre hospitalier peut raisonnablement être considérée comme compensant ces soins.

Seuil de pauvreté fédéral (« SPF ») : mesure des revenus, publiée chaque année par le Department of Health and Human Services, utilisée pour déterminer l'admissibilité à certains programmes et avantages. Un tableau de présentation du SPF est proposé à l'Annexe C.

Frais bruts du patient : sommes facturées par Baptist pour les services fournis, avant application des ajustements ou remises prévus par contrat.

Résultat des prédicteurs de risque dans le domaine de la santé (« HPS ») : HPS calculé par une agence d'évaluation de crédit inférieur ou égal à 20 (faible propension à payer) ; HPS calculé par une agence d'évaluation de crédit compris entre 21 et 350 (propension moyenne à payer) et un minimum de 5 000 \$ en produit sur créances irrécouvrables, hors compte client en cours d'analyse ou, indépendamment du HPS, produit sur créances irrécouvrables supérieur à 20 000 \$.

Conseiller financier des patients : employé autorisé à recevoir et à analyser une demande d'aide financière.

Soins médicalement nécessaires : soins, biens ou services médicaux ou associés, prodigués ou demandés, qui satisfont les conditions suivantes : (i) ils sont nécessaires pour protéger la vie du patient, prévenir une maladie ou un handicap grave, atténuer des douleurs aiguës ou mieux analyser l'état d'un patient afin d'autoriser sa sortie en toute sécurité ; (ii) ils sont individualisés, spécifiques et adaptés aux symptômes ou au diagnostic confirmé de la maladie ou de la blessure en cours de traitement, et ne sont pas supérieurs aux besoins du patient ; (iii) ils respectent les standards médicaux professionnels généralement admis dans le cadre du programme Medicaid, et ne sont ni expérimentaux ni liés à la recherche ; (iv) ils reflètent le niveau de service pouvant être proposé en toute sécurité et pour lequel aucun autre traitement aussi efficace et plus traditionnel ou moins coûteux n'est disponible dans l'État ; (v) leur objectif principal n'est pas le confort du patient, du tuteur du patient ou du prestataire. Les soins prodigués dans un hôpital ou à un patient hospitalisé ne sont pas médicalement nécessaires si, conformément aux dispositions relatives aux soins médicaux appropriés, ils peuvent être dispensés de manière plus économique en ambulatoire ou dans une unité d'hospitalisation de type différent. Le fait qu'un prestataire ait prescrit, recommandé ou validé des soins, des biens ou des services médicaux ou associés ne les rend pas médicalement nécessaires.

Paiement échelonné : disposition permettant au patient ou à son garant de payer sa facture médicale sur une période de temps convenue au préalable.

IV. PROCÉDURES

A. IDENTIFICATION/SÉLECTION

L'évaluation de la nécessité de recevoir des soins médicaux sera déterminée par un examen clinique. Lorsqu'une personne se présente au service d'urgences ou souffre d'un trouble médical potentiellement urgent, les hôpitaux Baptist Health lui prodigueront les soins d'urgence nécessaires indépendamment de sa capacité à payer, conformément aux exigences de l'EMTALA. Par conséquent, Baptist Health ne réalisera une évaluation de la situation financière du patient qu'une fois l'examen médical terminé et les soins correspondants dispensés.

Lorsque la demande concerne des services non urgents, l'analyse financière doit être exécutée, si possible, avant de prodiguer les soins. Suite à l'examen clinique et/ou à l'analyse financière, le patient peut être orienté vers d'autres programmes de services plus appropriés. S'il refuse de se rendre dans l'établissement approprié pour y être traité, l'aide financière pourra lui être refusée. Par ailleurs, si le patient continue de se présenter au service d'urgences pour des services visiblement non urgents, il sera traité dans le respect des exigences de l'EMTALA, mais l'aide financière pourra lui être refusée.

Les patients sont principalement orientés vers les programmes d'aide financière par les conseillers financiers des patients et les représentants des services financiers aux patients, des services d'assistance aux patients et du département des services sociaux, mais peuvent aussi l'être par d'autres employés de Baptist Health, d'autres médecins ou des membres de la communauté. De plus, tous les décomptes de facturation envoyés aux patients doivent porter mention de la disponibilité d'une aide financière et des procédures de demande, conformément à la politique d'aide financière des hôpitaux Baptist Health.

Les patients susceptibles de remplir les conditions d'obtention d'une aide financière seront présélectionnés par un conseiller financier dédié ou un représentant des services financiers aux patients, qui les accompagnera également dans leurs démarches relatives aux programmes de services sociaux fédéraux, de l'État, du Comté ou autres. Les conseillers financiers des patients ou les représentants des services financiers aux patients, en collaboration avec d'autres membres des services de soins, s'efforceront de rechercher les alternatives de financement à la disposition des patients.

B. ADMISSIBILITÉ À L'AIDE FINANCIÈRE

Cette politique et les informations de contact des conseillers financiers sont disponibles sur le site web de Baptist Health à l'adresse <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance>.

La détermination de l'admissibilité à l'aide financière se fonde principalement sur les revenus du foyer et, dans certains cas, sur les actifs discrétionnaires. Ainsi, pour les patients dont les revenus du foyer sont inférieurs ou égaux à 200 % du seuil de pauvreté fédéral (disponible à l'annexe C), le montant pouvant être couvert par l'aide financière est égal au montant total restant dû par le patient. Par contre, pour les patients dont les revenus du foyer sont supérieurs à 200 % du seuil de pauvreté fédéral, le montant pouvant être couvert par l'aide financière est égal au montant total restant dû par le patient, moins les actifs discrétionnaires excédentaires et les revenus annuels excédentaires du foyer. Les actifs discrétionnaires excédentaires correspondent à la partie excédant 75 000 \$ de la juste valeur marchande des épargnes, investissements et propriétés secondaires du patient. Les revenus annuels excédentaires du foyer représentent quant à eux 50 % de la partie des revenus annuels du foyer excédant 200 % du SPF. Les patients admissibles à l'aide financière, mais qui doivent prendre en charge une partie des coûts bénéficieront d'une remise sur les coûts à leur charge. Le patient ne devra sous aucun prétexte se voir facturer un montant supérieur au %MGF pour les soins médicalement nécessaires, soins médicaux d'urgence inclus. Le calcul permettant d'obtenir un %MGF de 80 % est détaillé dans l'Annexe E.

Le montant total restant dû par le patient provient généralement d'un seul cycle de soins. L'aide financière pourra toutefois couvrir tout impayé correspondant à des services fournis au maximum 12 mois après la date de demande d'aide financière. Dans la mesure requise par la loi, tout patient bénéficiant de l'aide financière et ayant effectué des paiements se verra rembourser le trop-versé par rapport à la somme calculée comme étant à sa charge dans le cadre de cette politique. Toutefois, s'il existe la moindre indication que la situation financière du patient a changé, ces informations peuvent être mises à jour quelle que soit la date de la dernière demande, ce qui risque d'affecter l'admissibilité du patient à l'aide financière.

Les patients qui bénéficient du programme Medicaid mais qui sont en fin de droits obtiennent automatiquement une aide financière tant qu'ils remplissent les conditions du programme Medicaid. La part des coûts devant être prise en charge par un patient correspondant à la catégorie « Médicalement défavorisé » du programme Medicaid pourra faire l'objet d'une aide financière.

C. PROCESSUS DE DEMANDE ET DOCUMENTS JUSTIFICATIFS

Toute personne pensant pouvoir prétendre à une aide financière destinée à couvrir les frais de soins médicalement nécessaires peut renseigner une demande d'aide financière, disponible à l'Annexe D, sur le site Web de Baptist Health à l'adresse <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance>, ou la déposer en personne gratuitement dans tout établissement hospitalier du réseau. Cette demande peut être soumise à tout moment, mais ne s'applique qu'aux frais correspondant à des services prodigués au maximum 12 mois après la date de dépôt de la demande. À expiration de cette période de validité, une nouvelle demande doit être déposée afin de rester admissible à l'aide financière. Les formulaires de demande sont disponibles au format papier et électronique. Les demandeurs sont encouragés à se rapprocher des conseillers financiers des patients afin que le calcul d'admissibilité à l'aide financière s'appuie sur des informations cohérentes. La demande doit être signée par le demandeur/garant et le conseiller financier. Les conseillers financiers des patients sont joignables par téléphone au (904) 202-2092. Toute personne ayant besoin d'une assistance dans une autre langue peut appeler le (904) 202-2435.

Le demandeur est tenu de renseigner l'intégralité du formulaire de demande et de l'accompagner de tout document justifiant l'admissibilité à l'aide financière. Outre le formulaire de demande, les documents suivants peuvent être exigés :

1. Formulaires de retenues W-2 ;
2. Bulletins de salaire ;
3. Déclaration de revenus ;
4. Compte de résultats pour un travailleur indépendant ;
5. Formulaires de validation ou de refus de versement d'indemnités chômage ou d'accident du travail ;
6. Attestation écrite de versement de salaires par un employeur ;
7. Attestation écrite par un organisme de prévoyance sociale ou toute agence gouvernementale pouvant certifier les revenus du patient au cours des douze (12) derniers mois ;
8. Bordereau de versement Medicaid indiquant que les droits du patient dans le cadre du programme Medicaid ont été épuisés pour cet exercice fiscal (les frais applicables dans le cadre de la loi Hill-Burton et les ajustements contractuels ne font pas l'objet d'une aide financière) ;
9. Preuve d'indigence délivrée par un autre prestataire de soins (WeCare, Gift of Sight, Vision is Priceless...) ;
10. Preuve de statut d'étudiant à temps plein délivrée par le bureau des admissions de l'université ;
11. Preuve d'admission à un programme de participation de type Patrons of the Heart, Solace for the Children, etc., ou à tout autre programme international délivrée par le président de l'hôpital concerné ou son représentant (ces patients seront considérés comme dépendant d'un organisme de charité international et se verront attribuer le code approprié) ;
12. Déclaration de soutien financier (dûment renseignée).

Seul Baptist Health peut décider quels documents justificatifs sont nécessaires. Si aucun document n'est exigé, les informations indiquées dans le formulaire de demande feront foi.

Dans tous les cas, si aucune demande n'a été déposée mais que le patient a renseigné et signé une déclaration de soutien financier, disponible à l'Annexe D (la « Déclaration »), cette dernière sera utilisée pour calculer l'admissibilité à l'aide financière si aucun document justificatif ne comporte d'informations contradictoires.

Si, après trois sollicitations, Baptist Health ne parvient pas à obtenir un formulaire de demande dûment rempli ou une déclaration complète, l'admissibilité du patient à l'aide financière sera déterminée sur la base du HPS, à condition toutefois que Baptist Health ne réalise pas cette présélection sur des « patients hors réseau », c'est-à-dire dont le régime d'assurance¹ n'est pas souscrit auprès de l'hôpital Baptist Health concerné. En effet, les patients hors réseau souhaitant prétendre à l'aide financière doivent obligatoirement déposer un formulaire de demande dûment rempli ou une déclaration complète.

Les personnes ayant reçu un refus d'aide financière peuvent demander à ce que la décision de refus soit réexaminée en envoyant une demande de recours dans les trente (30) jours suivant la date de la décision, à l'adresse suivante : Baptist Health, P.O. Box 45094, Jacksonville, FL 32232, Attn: Financial Assistance Advocate. Les critères de validation basés sur les revenus et les actifs sont définis dans le cadre de la politique d'aide. Ils ne peuvent donc pas faire l'objet d'un recours. Le nouvel examen vise à rechercher d'éventuelles erreurs de calcul ou d'application des critères et omissions ou erreurs d'inattention dans les informations transmises, puis à déterminer si une correction de ces erreurs produirait un résultat différent en termes d'admissibilité ou de niveau d'aide financière.

D. CATÉGORIES D'AIDE

Aide financière de base : revenus totaux du foyer inférieurs à 200 % du seuil de pauvreté fédéral (SPF).

Aide financière partielle : revenus totaux du foyer compris entre 200 % et 400 % du SPF, et montant restant dû par le patient après déduction des actifs supérieur à 50 % des revenus totaux du foyer.

Aide financière exceptionnelle : revenus totaux du foyer supérieurs à 400 % du SPF et montant restant dû par le patient après déduction des actifs supérieur à 50 % des revenus totaux du foyer.

Décision spéciale : une aide financière n'étant normalement pas couverte par les critères d'admissibilité générale de cette politique peut être accordée dans certaines circonstances exceptionnelles, par exemple si le patient doit honorer d'autres obligations financières importantes ou si d'autres interventions médicalement nécessaires sont prévues ultérieurement. Ces décisions spéciales doivent être validées par le vice-président de Revenue Cycle, le vice-président des Finances ou le directeur financier.

E. FACTURATION/RECouvreMENT

Décomptes de facturation

Un décompte de facturation est envoyé tous les 30 jours. Le patient recevra 4 décomptes à moins d'avoir soldé l'intégralité des montants dus, d'avoir pris par téléphone des dispositions financières spécifiques ou de s'être vu accorder une aide financière, ou si les décomptes sont renvoyés par retour de courrier. Si des dispositions financières ont été prises et que le patient bénéficie du paiement échelonné, son compte est transféré sur le code de recouvrement des paiements échelonnés correspondant. Le patient continue de recevoir un décompte de facturation mensuel jusqu'à ce que son compte ait été intégralement soldé. S'il n'honore pas ses paiements échelonnés, son compte repasse dans la catégorie « paiement direct ». Tous les décomptes doivent porter de manière visible les informations de demande d'aide financière, ainsi que le numéro de téléphone de la personne chargée de résoudre les litiges liés à la facturation. Une copie de la synthèse en langage clair expliquant qu'il est possible de bénéficier de l'aide financière sera également envoyée par courrier au patient avec un avis de 30 jours avant de transférer le compte à des actions de recouvrement.

¹ Chaque trimestre ou en cas de modification, le département des Soins gérés fournira au département des Services financiers aux patients une liste des régimes d'assurance hors réseau, c'est-à-dire non souscrits auprès d'un hôpital Baptist Health.

Recouvrement

Les comptes de paiement direct, qui ne bénéficient donc pas du paiement échelonné, sont traités par les agents de recouvrement dédiés. Tous les patients reçoivent au total, par voie directe ou indirecte (via leur tuteur, garant ou avocat), 4 décomptes et 2 appels téléphoniques automatisés. Selon le montant en dollars du compte, l'agent de recouvrement concerné peut décider que d'autres appels sont nécessaires. Aucune action extraordinaire de recouvrement ne sera intentée contre une personne admise à l'aide financière (ou dont la demande est en cours). Les personnes non admises à l'aide financière (ou dont aucune demande n'est en cours) peuvent être signalées à une agence d'évaluation de crédit au plus tôt 240 jours suivant la date du premier décompte de facturation envoyé après la sortie de l'hôpital et au minimum 30 jours après envoi à la personne d'un avis écrit par Baptist Health ou son représentant portant mention de la date à partir de laquelle ledit signalement sera réalisé.

Si le compte n'a pas été intégralement soldé suite à l'envoi de l'ensemble des décomptes de facturation et si la personne n'a pas été admise à l'aide financière (et que des efforts raisonnables ont été mis en œuvre pour déterminer si elle est susceptible de recevoir cette aide), le compte sera transféré à l'agence de recouvrement principale. Cette agence prend en charge le compte pendant 120 jours. À expiration de cette période, si aucune disposition de paiement n'a été prise ou si aucun paiement régulier n'est versé à l'agence, le compte est clôturé et renvoyé à Baptist Health. Les comptes à la charge de l'agence de recouvrement principale ne sont pas signalés à l'agence d'évaluation de crédit.

Une fois le compte clôturé et renvoyé par l'agence de recouvrement principale, il est transféré pendant 365 jours à une agence secondaire, s'il existe un solde résiduel. Les comptes traités par l'agence secondaire sont signalés à l'agence d'évaluation de crédit. Après 365 jours, les comptes qui présentent un solde résiduel ne faisant pas l'objet d'un plan de paiement sont clôturés et renvoyés à Baptist Health. Les soldes correspondants seront conservés dans le dossier de l'agence d'évaluation de crédit.

F. PUBLICATION DE CETTE POLITIQUE

Une copie de cette politique, sa synthèse en langage simple, le formulaire de demande et la procédure de calcul des remises et de l'admissibilité sont disponibles gratuitement sur le site web de Baptist Health à l'adresse <https://www.baptistjax.com/patient-info/financial-assistance> ou en soumettant une demande écrite à Baptist Health, P.O. Box 45094, Jacksonville, FL 32232, Attn: Financial Assistance Advocate. Ces documents seront disponibles dans différentes langues selon une base équivalente à 5 % de la communauté hospitalière ou de 1 000, selon la valeur la moins élevée, conformément à la loi ou à la politique de Baptist Health. Cette politique et sa synthèse en langage simple seront disponibles sur le site web de Baptist Health et dans les salles d'urgences, bureaux d'admission et autres points d'entrée des hôpitaux Baptist Health. Baptist Health mettra en œuvre toutes les mesures adéquates pour notifier et informer les résidents du nord-est de la Floride au sujet de cette politique, comme l'exigent les lois fédérales et de l'État.

RÉFÉRENCES

- A. Annexe A** – Prestataires couverts par la politique d'aide financière
- B. Annexe B** – Prestataires non couverts par la politique d'aide financière
- C. Annexe C** – Lignes directrices fédérales sur la pauvreté
- D. Annexe D** – Demande d'aide financière
- E. Annexe E** – Calcul du %MGF

**LISTE DES PRESTATAIRES COUVERTS PAR LA POLITIQUE
D'AIDE FINANCIÈRE**

Conformément à l'article 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F) de la réglementation et à l'avis 2015-46, cette liste présente les prestataires de soins d'urgence et médicalement nécessaires dispensés dans l'établissement hospitalier qui sont couverts par le programme d'aide financière (PAF). Ce programme ne couvre aucune intervention facultative ni autre soin non urgent ou non médicalement nécessaire, quel que soit le prestataire.

Baptist Medical Center of the Beaches, Inc.

Baptist Medical Center of Nassau, Inc.

Southern Baptist Hospital of Florida, Inc.

opérant sous le nom de :

- Baptist Medical Center Jacksonville
- Baptist Medical Center South
- Baptist Emergency Center Clay
- Baptist Emergency Center North
- Baptist Emergency Center at Town Center
- Baptist Emergency Center at Oakleaf
- Wolfson Children's Hospital
- Baptist Behavioral Health

Liste des prestataires non couverts par la politique d'aide financière

21st Century Oncology Jacksonville	FABEN Obstetrics & Gynecology
Ackerman Cancer Center	Family Allergy & Asthma Specialists
Allergy & Asthma Specialists of North Florida	Family Medical Centers
Amelia Anesthesia	First Coast Cardiovascular Institute
Amelia Internal Medicine	Florida Anesthesia Associates
Ashchi Heart & Vascular Center	Institute of Pain Management
Baptist Agewell Physicians	Internal Medical Group
Baptist Cardiology	Intracoastal Dermatology
Baptist ENT Specialists	Jacksonville Anesthesia
Baptist Health Clinic, Inc.	Jacksonville Multi-Specialty Group
Baptist MD Anderson Cancer Physicians	Jacksonville Orthopedic Institute
Baptist Neurology	Jacksonville Pediatric Associates
Baptist Obstetrics & Gynecology	Jacksonville Pediatrics
Baptist Primary Care	Lyerly Baptist
Baptist Pulmonary Specialists	McIver Urological Clinic
Baptist Rheumatology	Nemours Children's Specialty Care
Baptist Urology	Nephrology Associates of NE Florida
Bartram Park Family ENT	North Florida OB/GYN Associates
Beaches Ear Nose & Throat	North Florida Surgeons
Borland Groover Clinic	Podiatry Associates of Florida
Cancer Specialists of North Florida	Regional Obstetrics Consultants
Cardiothoracic & Vascular Surgical Associates	Southeast Anesthesia & Spine Specialists
Carithers Pediatric Group	Southeastern Pathology Associates
Clinic for Kidney Diseases	Southeastern Retina Specialist
Digestive Disease Consultants	St. John's Pediatrics
Dr Edward D. Tribuzio	UF Health Physicians
Drs. Mori, Bean et Brooks	UF Jacksonville Physicians
Emergency Resources Group	University of Florida Health Science Center Jacksonville
	Women's Physicians of Jacksonville

Nous recommandons aux patients et à leur famille de se rapprocher directement du prestataire, qui pourra peut-être proposer une aide financière ou des soins à tarif réduit.

Lignes directrices pour l'admissibilité à l'aide financière

Afin de calculer si vous pouvez prétendre à une aide financière, Baptist Health prend en compte les revenus annuels de votre foyer, le nombre de personnes constituant le foyer et toute autre ressource (« actifs discrétionnaires »). Nous nous appuyons sur les informations que vous nous communiquez et les comparons avec les Lignes directrices fédérales sur la pauvreté (FPG). Le tableau suivant est une ligne directrice :

Nombre de personnes dans le foyer	Des soins entièrement gratuits pourraient vous être offerts si votre revenu familial annuel est de :	Des soins partiellement gratuits ou des tarifs réduits pourraient vous être offerts si votre revenu familial annuel est de :
	<i>200 % sous le FPG 2020</i>	<i>200 % à 400 % sous le FPG 2020</i>
1	Moins de 25 520 \$	Entre 25 520 \$ et 51 040 \$
2	Moins de 34 480 \$	Entre 34 480 et 68 960 \$
3	Moins de 43 440 \$	Entre 43 440 et 86 880 \$
4	Moins de 52 400 \$	Entre 52 400 et 104 800 \$
5	Moins de 61 360 \$	Entre 61 360 et 122 720 \$
6	Moins de 70 320 \$	Entre 70 320 et 140 640 \$
7	Moins de 79 280 \$	Entre 79 280 et 158 560 \$
8	Moins de 88 240 \$	Entre 88 240 et 176 480 \$
Plus de 8 personnes dans votre ménage	Ajouter 4 480 \$ par personne supplémentaire	

Autres sources de revenus

Merci d'indiquer, pour l'ensemble des membres du foyer, toute autre source de revenus mensuels enregistrés au cours des douze (12) derniers mois.

Autres revenus mensuels	Nom du membre du foyer	Du	Au	Montant
Sécurité sociale				
Revenus de				
Retraite				
SSI				
Indemnisation				
Indemnisation				
Pension alimentaire				
TANF				
Allocation aux				
Bien locatif				
Rente d'assurance				
Pension alimentaire				
Intérêts créditeurs				
Autres				
Total autres revenus				
Total général des salaires et autres				

Actifs

Comptes (au comptant, épargne, chèque)	\$
Certificats de placements	\$
Obligations d'épargne, obligations/bons du Trésor des	\$
Actions, fonds communs de placement, fonds	\$
Revenus de retraite (401K, 403K, IRA)	\$
Possédez-vous une maison/propriété secondaire autre que votre résidence principale ? Oui Non	\$ (juste valeur marchande)
Adresse de la maison/propriété secondaire	
Total actifs	\$

J'autorise par la présente mes employeurs actuels et passés, ainsi que ceux de mon époux(-se), à communiquer à Baptist Health System toute information professionnelle et salariale nécessaire. Je certifie par la présente que les informations fournies sur ce formulaire de demande d'aide financière sont, à ma connaissance, correctes et complètes. Baptist Health System peut librement exiger la production d'un justificatif de revenus dans le but de valider mon admissibilité au programme de soins gratuits.

J'autorise par la présente Baptist Health à demander un rapport de solvabilité afin d'analyser au mieux ma demande d'aide financière.

Conformément à l'article 817.50 des Florida Statutes, la communication d'informations erronées dans le but d'escroquer un établissement hospitalier afin d'obtenir des biens ou des services constitue un délit au deuxième degré.

Demandeur/garant : _____ Date : _____

Témoin : _____ Date : _____

Représentant de l'hôpital _____ Date : _____

Pour vérification des salaires par l'hôpital

Employeur :	Salaires confirmés :
Représentant de la société :	Signature de l'employé :

Calcul du %MGF de Baptist Health au cours de l'exercice fiscal 2020-2021

Toute personne pouvant prétendre au programme d'aide financière ne devra sous aucun prétexte se voir facturer un montant supérieur à 20 % des frais hospitaliers totaux pour des soins médicalement nécessaires. Cela inclut les soins prodigués à un patient hospitalisé ou ambulatoires. Le taux moyen auquel les centres de services gratuits Medicare et les assureurs de santé commerciaux remboursent Baptist Health est de vingt pour cent (20 %).

Pour atteindre le chiffre de 20 %, nous utilisons la méthode qui consiste à « regarder en arrière ». Nous additionnons l'ensemble des remboursements que les centres de services gratuits Medicare et les assureurs de santé commerciaux nous ont versés sur 12 mois pour les soins médicalement nécessaires. Nous divisons cette somme par le total des frais résultant de ces remboursements. La valeur obtenue est appelée le montant généralement facturé, ou « MGF ». Les remboursements que nous examinons sont ceux qui ont été versés et décomptés au cours de la période de 12 mois. Si un remboursement n'a pas été versé au plus tard le dernier jour de la période de 12 mois, nous ne le comptons pas dans le calcul du total. En effet, les montants sont uniquement pris en compte une fois versés. Ce chiffre sera mis à jour tous les ans, dans les 120 jours suivant le dernier jour inclus dans les calculs de l'année précédente.

Lorsque nous calculons le pourcentage du montant généralement facturé (%MGF), nous incluons le montant total payé par les assureurs, soit la somme versée par l'assureur plus celle payée par le patient. Le paiement du patient peut inclure le ticket modérateur, les coassurances et les franchises. Concernant la somme que nous calculons pour le paiement du patient, le fait que le montant total du service ait été payé n'a pas d'importance. Nous ne tenons pas non plus compte du fait qu'une remise ait été appliquée ou non à la facture du patient. Le MGF est divisé par les frais bruts du patient pour tous les remboursements versés par Medicare et les assureurs de santé commerciaux au cours des 12 derniers mois.

Enfin, le pourcentage utilisé pour tous les hôpitaux et les cliniques d'urgence est le plus faible rendement des quatre hôpitaux. Les patients effectuant un paiement direct bénéficient d'une remise égale à l'inverse du pourcentage du montant généralement facturé, c'est-à-dire 80 % dans l'exemple ci-dessus.