Politique d'aide financière pour les soins de santé dispensés par les hôpitaux de Northern Light Health

(26/06/2026)

DÉFINITIONS

Montant généralement facturé (AGB): Le montant généralement facturé pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires dispensés à des personnes bénéficiant d'une assurance couvrant ces soins. Northern Light Health calcule l'AGB chaque année pour chacun des hôpitaux de ses organisations membres. Northern Light Health peut utiliser soit la méthode rétrospective, soit la méthode prospective pour calculer l'AGB, selon ce que chaque hôpital de l'organisation membre juge approprié.

- Avec la méthode rétrospective, Northern Light Health calcule l'AGB en prenant le total des paiements que l'hôpital de l'organisation membre concerné a reçus de l'ensemble des régimes d'assurance privés et de Medicare au cours de l'exercice fiscal précédent de cet hôpital, puis en divisant ce total par le montant brut des frais hospitaliers pour les services fournis aux bénéficiaires dans le cadre de ces régimes d'assurance privés et de Medicare pendant la même période.
- Avec la méthode prospective, Northern Light Health détermine l'AGB en estimant le montant que Medicare pour les prestations à l'acte ou Medicaid prendraient en charge pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires, en utilisant les mêmes procédures de codage et de facturation que celles que l'hôpital appliquerait si le patient était un bénéficiaire de Medicare ou de Medicaid. Le montant de l'AGB calculé selon cette méthode inclut à la fois le paiement de l'assureur et les obligations de participation aux frais du patient, telles que les franchises, les coassurances et les tickets modérateurs.
- Une description écrite librement accessible expliquant comment Northern Light Health calcule l'AGB, ainsi que l'AGB applicable à un hôpital particulier appartenant à une organisation membre de Northern Light Health, est disponible sur simple demande ou en consultant la page http://northernlighthealth.org/billing-help.

Période de dépôt des demandes : période pendant laquelle Northern Light Health est tenue d'accepter et de traiter une demande d'aide financière. La période de dépôt de demande commence à la date à laquelle les soins sont dispensés à une personne par un hôpital membre du réseau Northern Light Health et prend fin au plus tôt le 240^{e} jour suivant la date d'émission du premier relevé de facturation relatif à ces soins, postérieur à la sortie de l'hôpital.

Chirurgie esthétique élective : Manuel des hôpitaux Medicare du CMS, section 250.11. La chirurgie esthétique comprend toute intervention chirurgicale visant à améliorer l'apparence physique, sauf lorsqu'elle est nécessaire à la réparation rapide (c'est-à-dire dès que cela est médicalement possible) d'une blessure accidentelle ou à l'amélioration du fonctionnement d'un membre du corps présentant une malformation.

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

Soins d'urgence :

- Une personne se présente au service des urgences (« ED ») et souhaite être examinée ou traitée pour une affection médicale quelconque ; ou
- Le patient est pris en charge dans un service ou un cabinet ouvert au public (par son nom, des panneaux affichés, de la publicité ou d'autres moyens) en tant que lieu assurant la prise en charge d'urgences médicales de manière immédiate, sans nécessiter de rendez-vous préalable (par exemple, un centre de soins d'urgence, une salle d'accouchement hors campus, etc.).

Mesures de recouvrement exceptionnelles (ECA) : Les mesures suivantes prises à l'encontre d'une personne, ou de toute autre partie ayant accepté ou étant tenue d'assumer la responsabilité de la facture d'hôpital de l'organisation membre de cette personne pour les soins, dans le cadre de l'obtention du paiement d'une facture relative à des soins couverts par la présente police (FAP) : (i) la cession de la dette d'une personne à un tiers ; (ii) la communication d'informations défavorables concernant cette personne à des agences d'évaluation du crédit à la consommation ou à des bureaux de crédit ; et (iii) les mesures nécessitant une procédure légale ou judiciaire (par exemple, la constitution d'un privilège sur les biens d'une personne, la saisie immobilière de ses biens, la saisie-arrêt sur son salaire).
Les ECA **n'incluent pas** la constitution de privilèges par les hôpitaux membres de l'Organisation sur les biens d'un patient afin d'obtenir le produit de règlements, de jugements ou de compromis découlant d'une action en justice intentée par le patient contre un tiers responsable de ses blessures.
Les CEA **n'incluent pas non plus** la cession par les hôpitaux membres de l'Organisation de la dette d'un particulier à un tiers si, avant cette cession, l'hôpital membre de l'Organisation conclut avec l'acquéreur de la créance un accord écrit juridiquement contraignant comportant quatre conditions :

1. l'acquéreur de la dette doit s'engager à ne recourir à aucune ECA pour obtenir le paiement de la dette ;
2. l'acquéreur de la dette doit s'engager à ne pas appliquer à celle-ci un taux d'intérêt supérieur au taux en vigueur en vertu de l'article 6621(a)(2) au moment de la cession de la dette (ou à tout autre taux d'intérêt fixé par avis ou autre directive publiée dans l'Internal Revenue Bulletin (Bulletin de l'administration fiscale fédérale)) ;
3. la dette doit pouvoir être remboursée ou annulée par l'hôpital de l'organisation membre dès lors que celui-ci ou l'acquéreur établit que la personne est éligible à la FAP ; et
4. si la personne est jugée éligible à la FAP (voir définition ci-dessous) et que la dette n'est pas restituée ou réclamée par l'hôpital de l'organisation membre, l'acquéreur doit se conformer aux procédures spécifiées dans le contrat qui garantissent que la personne ne paie pas, et n'a aucune obligation de payer, à l'acquéreur et à l'hôpital de l'organisation membre, un montant total supérieur à celui dont elle est personnellement redevable en tant que personne éligible à la FAP.

Les ECA **n'incluent pas non plus** le dépôt d'une demande d'indemnisation dans le cadre d'une procédure de faillite.

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

Famille : Une famille est un groupe composé d'au moins deux personnes liées par le sang, le mariage ou l'adoption, qui résident ensemble et entre lesquelles existent des obligations légales d'entretien ; toutes ces personnes liées sont considérées comme formant une seule et même famille.
Revenu familial : Salaires bruts, dividendes, intérêts, prestations de sécurité sociale, indemnités d'accident du travail, prestations aux anciens combattants, allocations de formation, allocations militaires, aide financière régulière versée par des membres de la famille ne vivant pas sous le même toit, pensions publiques, pensions privées, tout revenu provenant d'assurances et de rentes, revenus locatifs, redevances, successions et fiducies. Toutes les formes de revenus provenant d'une activité indépendante sont incluses.
Personne éligible à la FAP : Une personne éligible à une aide financière dans le cadre de la FAP (qu'elle ait ou non déposé une demande d'aide dans ce cadre).
Seuil fédéral de pauvreté (FPL) : Lignes directrices fédérales relatives au seuil de pauvreté, telle que définie par le Département américain de la Santé et des Services sociaux et publiée dans le Federal Register (Journal officiel fédéral). **Demande d'aide financière :** Demande remplie conformément à la procédure décrite dans la section III de la présente politique.
Frais bruts : Prix total fixé par l'hôpital d'une organisation membre pour les soins médicaux, que cet hôpital facture de manière cohérente et uniforme aux patients avant l'application de toute réduction, remise ou déduction contractuelle.
Résident du Maine : Personne vivant dans l'État du Maine avec l'intention d'y rester indéfiniment ; ou qui entre dans l'État dans le cadre d'un engagement professionnel permanent, temporaire, saisonnier ou autre, ou qui est à la recherche d'un emploi. Le terme « résident du Maine » n'inclut pas les personnes qui se trouvent temporairement dans l'État en tant que touristes ou visiteurs.
Revenu : Revenu brut ajusté modifié (MAGI) : Méthode utilisée pour calculer le revenu brut conformément à l'article 42 CFR 435.603(e) aux fins de la détermination de l'éligibilité à des soins gratuits ou à tarif réduit.

L'éligibilité peut être calculée :

(1) en multipliant par 4 le revenu familial du patient au cours des 3 mois précédant la détermination de l'éligibilité ; ou
(2) en utilisant le revenu familial réel du patient au cours des 12 mois précédant la détermination de l'éligibilité

Soins médicalement nécessaires : Services ou fournitures médicaux qui :

1. Sont prescrits par un médecin et sont appropriés et nécessaires au regard des symptômes, du diagnostic ou du traitement de l'affection médicale ou psychiatrique ;
2. Sont fournis à des fins de diagnostic ou de prise en charge et de traitement directs de l'affection médicale ou psychiatrique ;
3. Répondent aux normes de bonne pratique médicale en vigueur au sein de la communauté médicale et psychiatrique de la zone de desserte ;
4. Ne visent pas principalement à faciliter la vie du patient ou d'un prestataire ; et

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

5. Correspondent au niveau ou à la quantité de service le plus approprié pouvant être fourni en toute sécurité ou, si nécessaire, tel que déterminé par l'examen du processus d'utilisation.

Revenu brut ajusté modifié (MAGI) : Méthode utilisée pour calculer le revenu brut afin de déterminer l'éligibilité à des soins gratuits ou à tarif réduit.

Foyer familial multiple : Si un foyer comprend plus d'une famille et/ou plus d'une personne sans lien de parenté, les barèmes de revenus s'appliquent séparément à chaque famille et/ou personne sans lien de parenté, et non au foyer dans son ensemble.

OBJET

La présente politique porte sur les soins gratuits et les tarifs réduits, et s'inscrit dans l'engagement de Northern Light Health à garantir l'accès à des soins de santé abordables et de haute qualité, dans le respect de la responsabilité financière. L'octroi d'une aide financière est une démarche cohérente, appropriée et essentielle à la réalisation de notre mission, de notre vision et de nos valeurs.

POLITIQUE

Afin de promouvoir la santé et le bien-être des communautés desservies, les personnes non assurées ou sous-assurées disposant de ressources financières limitées et ne remplissant pas les conditions d'éligibilité aux différents programmes sociaux pourront prétendre à des soins de santé gratuits ou à tarif réduit, sur la base des critères établis et décrits dans la présente politique. L'objectif est de garantir que l'aide financière soit mise à la disposition de ceux qui en ont besoin et qui sont les moins à même de payer.

Northern Light Health applique une politique distincte en matière de facturation et de recouvrement (Politique du système 16-009, Facturation et recouvrement des services hospitaliers de Northern Light Health) qui décrit les mesures que Northern Light Health peut prendre en cas de non-paiement.

I. **LIMITATIONS**

A. La présente politique s'applique :

1. Aux résidents du Maine bénéficiant de soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires, tels que déterminés par le jugement clinique du prestataire, sans égard à la situation financière du patient, et qui remplissent les conditions énoncées à la section II.
2. Aux personnes, quel que soit leur lieu de résidence, sollicitant des soins d'urgence et qui remplissent les conditions énoncées à la section II.

B. L'aide financière :

1. Ne fournit pas d'assurance maladie ;
2. Ne se substitue pas à une assurance maladie ni ne la complète ;

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

3. Ne garantit pas de prestations ;
4. Ne couvre pas les prestataires de soins médicaux n'appartenant pas à Northern Light Health (tiers) ;
5. N'exclut pas les tickets modérateurs minimaux requis par la réglementation ou pour des raisons cliniques (par exemple, programme d'intervention auprès des auteurs de violences conjugales ; programme de traitement de la toxicomanie) ;
6. Ne couvre pas la chirurgie esthétique non urgente.

II. CONDITIONS D'ÉLIGIBILITÉ AUX SOINS GRATUITS OU À TARIF RÉDUIT

A. Établissements actifs du NHSC[1] (hôpitaux désignés « Critical Access Hospitals » (hôpital d'accès essentiel, CAH) et cliniques de santé rurales (RHC))

i. Une aide financière pour les soins médicalement nécessaires est accessible aux résidents du Maine qui :
   - ne disposent d'aucune couverture d'assurance maladie ou dont la couverture ne prend en charge qu'une partie de la facture
     et
   - répondent aux critères de revenus énoncés ci-dessous.

ii. Une aide financière pour les soins d'urgence est accessible aux résidents du Maine et aux non-résidents du Maine qui :
   - ne disposent d'aucune couverture d'assurance maladie ou dont la couverture ne prend en charge qu'une partie des frais ;
     et
   - répondent aux critères de revenus énoncés ci-dessous.

Les hôpitaux membres du réseau Northern Light Health offrent une aide financière à 100 %
/ des soins gratuits selon les critères définis ci-dessous :

- Le revenu brut est inférieur ou égal à 200 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL), calculé selon la méthode du revenu brut ajusté modifié (MAGI) et sous réserve d'approbation.
- Patient résidant dans le Maine.
- Personne ne résidant pas dans le Maine et sollicitant des soins d'urgence.
- Pour des services ou des fournitures médicalement nécessaires.

Les hôpitaux membres de Northern Light Health proposent des plans de paiement mensuels en fonction des revenus, ne dépassant pas 4 % du revenu familial mensuel du

[1] Le National Health Service Corps (NHSC) aide au remboursement des prêts des professionnels de santé éligibles travaillant dans des cliniques de santé rurales et des hôpitaux à accès critique.

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

patient qui n'est pas exempté de saisie ou de saisie-arrêt en vertu de la loi du Maine, selon les critères définis ci-dessous :

- Le revenu brut ne dépasse pas 400 % du FPL, calculé selon la méthode du revenu brut ajusté modifié (MAGI) et sous réserve d'approbation.
- Patient résidant dans le Maine.
- Personne ne résidant pas dans le Maine et sollicitant des soins d'urgence.
- Pour des services ou des fournitures médicalement nécessaires.

iii. Aucune personne éligible à une aide financière ne se verra facturer, pour des soins d'urgence ou tout autre soin médicalement nécessaire, un montant supérieur à l'AGB calculé.

iv. Les patients seront aidés et encouragés à faire une demande de couverture d'assurance accessible, de MaineCare et/ou d'autres possibilités de prise en charge par des tiers.

B. **Tous les autres établissements**

i. Une aide financière pour les soins médicalement nécessaires est accessible aux résidents du Maine qui :

- ne disposent d'aucune couverture d'assurance maladie ou dont la couverture ne prend en charge qu'une partie des frais ;

et

- répondent aux critères de revenus énoncés ci-dessous.

ii. Une aide financière pour les soins d'urgence est accessible aux résidents du Maine et aux non-résidents du Maine qui :

- ne disposent d'aucune couverture d'assurance maladie ou dont la couverture ne prend en charge qu'une partie des frais ;

et

- répondent aux critères de revenus énoncés ci-dessous.

Les hôpitaux membres du réseau Northern Light Health offrent une aide financière couvrant 100 % des frais ou des soins gratuits selon les critères définis ci-dessous :

- Le revenu brut est inférieur à 200 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL), calculé à partir du revenu brut ajusté modifié (MAGI) et sous réserve d'approbation
- Patient résidant dans le Maine
- Personne ne résidant pas dans le Maine et sollicitant des soins d'urgence
- Pour des services ou des fournitures médicalement nécessaires
- Toutes les sources de prise en charge par des tiers ont été examinées

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

Les hôpitaux membres du réseau Northern Light Health proposent des plans de paiement mensuels adaptés aux revenus (ne dépassant pas 4 % du revenu mensuel de la personne) selon les critères définis ci-dessous :

- Le revenu brut ne dépasse pas 400 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL), calculé selon la méthode du revenu brut ajusté modifié (MAGI) et sous réserve d'approbation
- Patient résidant dans le Maine
- Personne ne résidant pas dans le Maine et sollicitant des soins d'urgence
- Pour des services ou des fournitures médicalement nécessaires
- Toutes les sources de prise en charge par des tiers ont été épuisées

iii. Aucune personne éligible à une aide financière ne se verra facturer, pour des soins d'urgence ou tout autre soin médicalement nécessaire, un montant supérieur à l'AGB calculé.

PROCÉDURE

I. **IDENTIFICATION DES PATIENTS POTENTIELLEMENT ÉLIGIBLES**

A. Dans la mesure du possible, avant la date de prise en charge du patient, l'hôpital de l'organisation affiliée à Northern Light Health procédera à un entretien préalable à l'admission avec le patient, le garant et/ou son représentant légal. Lorsqu'un entretien préalable à l'admission n'est pas possible, l'hôpital membre de Northern Light Health fournira une notification écrite indiquant la disponibilité d'une aide financière, comme décrit ci-dessous :

a. **Services aux patients hospitalisés** – une notification écrite doit être fournie lors de l'admission ou, en cas d'admission d'urgence, avant la sortie du patient.

i. En cas d'admission d'urgence, l'évaluation par Northern Light Health des alternatives de paiement ne doit pas avoir lieu avant que les soins médicaux nécessaires aient été prodigués.

b. **Services ambulatoires** – une notification écrite doit être fournie au moment de la prestation du service et/ou jointe à la facture du patient.

1. Lors du premier entretien avec le patient, les informations suivantes doivent être recueillies :

a. Des données démographiques de routine et détaillées ; et

b. Des informations complètes concernant toutes les couvertures existantes par des tiers.

B. Tous les patients se verront proposer la possibilité de demander une aide financière. Lorsqu'un patient sollicite une aide financière après avoir quitté l'établissement, un chargé des comptes patients lui fournira les instructions nécessaires pour accéder au formulaire de demande d'aide financière en ligne, que le patient ou son tuteur devra remplir.

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

a. Si le patient ou son tuteur indique ne pas disposer d'un accès à Internet ou s'il demande une copie papier, le chargé des comptes patients lui enverra par courrier un formulaire de demande d'aide financière, que le patient ou son tuteur devra remplir.

C. L'identification des patients potentiellement éligibles peut avoir lieu à tout moment pendant la période de demande.

D. Les conseillers financiers sont généralement disponibles pendant les heures d'ouverture habituelles pour fournir les services suivants :
   1. Identifier les sources de paiement possibles, telles que l'assurance responsabilité civile accident ou le régime COBRA.
   2. Vérifier si les patients peuvent bénéficier d'une couverture dans le cadre de programmes d'aide d'État, fédéraux ou locaux, y compris les soins hospitaliers gratuits proposés par les organisations membres.
   3. Aider les patients à faire une demande d'adhésion à des régimes d'assurance maladie et à des programmes de soins gratuits financés par l'État ou le gouvernement fédéral.
   4. Répondre à toute question d'ordre financier.
   5. Mettre en place des modalités de paiement.
   6. Fournir des devis.
   7. Fournir aux patients une facture détaillée sur simple demande.

E. L'hôpital de l'organisation membre de Northern Light Health peut s'appuyer sur des informations obtenues auprès d'autres sources pour déterminer si la personne est éligible à une aide.

II. AVIS RELATIF AUX SERVICES NON COUVERTS

A. Avant de fournir tout service médical, traitement, intervention ou examen non couvert par la présente politique d'aide financière, l'hôpital doit informer le patient par écrit et à l'avance que ces services ne sont pas couverts.
B. L'hôpital ne facturera pas un service à un patient si celui-ci n'a pas été informé au préalable de la non-couverture. La facturation de ces services à l'assureur santé du patient est autorisée le cas échéant.

III. MESURES VISANT À FAIRE LARGEMENT CONNAÎTRE LA POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE AU SEIN DE LA COMMUNAUTÉ

Northern Light Health et ses organisations membres se conformeront à toutes les lois, règles et réglementations applicables concernant l'information des patients relative à l'aide financière, y compris les suivantes :

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

A. Des affiches et des avis individuels contenant des informations sur la disponibilité de soins gratuits ou d'une aide financière sont placés dans les principaux espaces publics de l'hôpital de l'organisation membre, notamment, mais sans s'y limiter : l'accueil central/l'accueil des patients, la salle d'attente des urgences, les cliniques, les salles d'attente des cabinets médicaux des médecins salariés de l'hôpital de l'organisation membre, les bureaux des conseillers financiers et le service administratif.

B. Des exemplaires papier de la présente politique, du formulaire de demande d'aide financière et du résumé en langage simple seront disponibles aux emplacements énumérés au point (A) ci-dessus et seront proposés aux patients dans le cadre de la procédure d'admission ou de sortie.

C. Des informations, telles que des brochures, seront incluses dans les dossiers d'information et de services aux patients et/ou mises à disposition dans les zones d'accueil des patients, et seront fournies sur demande par téléphone, sur Internet ou en personne.

D. Une mention bien visible concernant la disponibilité de l'aide financière, comprenant le numéro de téléphone du service ou du département de l'hôpital de l'organisation membre susceptible de fournir des informations sur la présente politique et la procédure de demande d'aide financière, ainsi que l'URL ou l'adresse web où des exemplaires de la présente politique, du formulaire de demande d'aide financière et du résumé en langage simple peuvent être consultés, figurera sur tous les relevés de facturation. Le relevé de facturation comprendra également des informations sur la procédure de contestation des frais.

E. Toutes les informations publiques et/ou tous les formulaires relatifs à l'octroi d'une aide financière, y compris, sans s'y limiter, la présente politique, le formulaire de demande d'aide financière et le résumé en langage simple de la politique, seront rédigés dans des langues adaptées à la zone de desserte de l'établissement. Les informations publiques, les formulaires et/ou la signalétique seront traduits pour les populations ayant une maîtrise limitée de l'anglais. Ces traductions seront fournies dans des langues autres que l'anglais parlées par au moins 1 000 personnes ou 5 % (le chiffre le plus faible étant retenu) de la communauté desservie par l'hôpital de l'organisation membre.

F. La demande d'aide financière, les instructions, le résumé en langage simple ainsi que la politique distincte de facturation et de recouvrement sont accessibles sur http://northernlighthealth.org/billing-help.

G. Northern Light Health déploiera des efforts raisonnables pour informer oralement une personne de la politique d'aide financière de l'hôpital de l'organisation membre et de

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

la manière d'obtenir de l'aide pour la procédure de demande d'aide financière, au moins 30 jours avant le lancement d'une ECA à son encontre.

H. Si, à tout moment au cours de la période de demande, le patient fait part de son incapacité à payer, il sera informé de l'existence d'une aide financière et se verra remettre un formulaire de demande d'aide financière. Le formulaire de demande d'aide financière et les instructions sont accessibles sur http://northernlighthealth.org/billing-help.

IV. PROCÉDURE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

A. Le patient doit recevoir et remplir un formulaire écrit de demande d'aide financière, puis fournir toutes les informations et tous les documents justificatifs requis pour vérifier son éligibilité. Les types d'informations et de documents requis à l'appui de la demande d'aide financière sont énumérés dans les instructions relatives à ce formulaire. Northern Light Health n'exige pas que la demande ou les pièces justificatives soient certifiées par un notaire.

B. Éligibilité présumée – Décision selon laquelle un patient est présumé éligible à une aide financière sur la base de critères financiers et historiques :
   1. La personne est éligible à certains programmes d'État, par exemple le SNAP ou le TANF ;
   2. La personne est actuellement éligible à Medicaid, mais ne l'était pas à la date de la prestation de soins ;
   3. La personne est sans domicile fixe ;
   4. La personne est décédée et ne dispose d'aucune succession connue capable de régler les dettes hospitalières ;
   5. Cette personne est reconnue par l'État comme pouvant bénéficier d'une aide dans le cadre de la Violent Crimes Victims Compensation Act (loi sur l'indemnisation des victimes de crimes violents) ou de la Sexual Assault Victims Compensation Act (loi sur l'indemnisation des victimes d'agressions sexuelles).

C. Une lettre officielle sera envoyée par courrier au patient ou à son tuteur pour l'informer de l'acceptation ou du refus de la demande d'aide financière. En cas de rejet, total ou partiel, la lettre comprendra :
   1. Les motifs précis de la décision, et
   2. Une mention indiquant que le demandeur a droit à une audience équitable concernant ce rejet, et
   3. Des instructions sur la manière de demander une telle audience équitable.

D. Une demande d'aide financière approuvée par n'importe quel hôpital membre du réseau Northern Light Health servira de base à la détermination présomptive de l'éligibilité par tout autre hôpital membre du réseau Northern Light Health pendant

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

une période de six mois à compter de la date d'approbation, sauf si l'une des situations suivantes s'applique :

1. Prestation ultérieure de soins hospitaliers ;
2. Modification des revenus ;
3. Modification de la taille du foyer ;
4. Modification de la situation professionnelle ;
5. Le patient répond aux critères d'éligibilité à Medicaid.

E. Les personnes concernées peuvent contacter n'importe quel hôpital membre de Northern Light Health pour obtenir plus d'informations sur la procédure de demande d'aide financière et pour bénéficier d'une assistance dans le cadre de cette demande. Une liste des hôpitaux membres ainsi que leurs coordonnées sont disponibles sur http://northernlighthealth.org/billing-help.

F. Patients sollicitant des soins médicaux d'urgence : Les hôpitaux membres du réseau Northern Light Health fourniront, sans discrimination, des soins pour les urgences médicales (au sens de l'article 1867 de la loi sur la Sécurité sociale (42 U.S.C. 1395dd)) à toute personne, qu'elle soit ou non éligible à une aide au titre de la présente politique, et conformément aux dispositions de l'Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (loi sur les soins médicaux d'urgence et le travail actif, ci-après « EMTALA »), comme décrit plus en détail dans le System Policy 21-007, Emergency Treatment and Transfer Rules (Politique du système 21-007, Règles relatives aux traitements d'urgence et aux transferts). Les hôpitaux membres de Northern Light Health ne se livreront pas à des activités visant à dissuader les personnes de solliciter des soins médicaux d'urgence, par exemple en exigeant des patients qu'ils paient avant de recevoir un traitement pour une urgence médicale ou en autorisant des activités de recouvrement de créances qui entravent la fourniture, sans discrimination, de soins médicaux d'urgence.

V. MESURES DE RECOUVREMENT EXTRAORDINAIRES (ECA)

A. **Conditions générales préalables au lancement d'une ECA**

Les hôpitaux membres de Northern Light Health ne peuvent lancer aucune ECA avant l'expiration d'un délai d'au moins 120 jours à compter de la date à laquelle l'hôpital membre de Northern Light Health a émis le premier relevé de facturation post-sortie pour les soins prodigués, et jusqu'à ce que la personne concernée ait été informée de la politique d'aide financière (FAP). De plus, avant d'engager des mesures de recouvrement extraordinaires à l'encontre d'une personne, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent déployer des efforts raisonnables pour déterminer si cette personne est éligible à une aide financière dans le cadre de la FAP, conformément à la **Section 1** ci-dessous. Les ECA ne peuvent être engagées si le patient a conclu un accord de paiement satisfaisant avec l'hôpital membre de

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

Northern Light Health. Enfin, avant d'entamer toute ECA, le vice-président des finances, ou son représentant désigné, doit s'assurer que l'hôpital de l'organisation membre a déployé des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est éligible à la FAP et s'est par ailleurs conformé à la politique de facturation de Northern Light Health. Aucune ECA ne peut être entamée avant que cette vérification n'ait été effectuée par le vice-président des finances ou son représentant désigné.

1. **Efforts raisonnables**

   Un hôpital membre de Northern Light Health sera réputé avoir déployé des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est éligible à une aide financière dans le cadre de la FAP si cet hôpital : (i) constate que la personne remplit les conditions requises pour bénéficier d'une décision d'éligibilité présumée ; ou (ii) dans les 15 jours suivant la réception d'une demande, informe le demandeur en lui expliquant clairement quelles informations ou pièces justificatives supplémentaires, le cas échéant, sont nécessaires pour compléter la demande ; ou (iii) dans les 45 jours suivant la réception d'une demande d'aide financière dûment remplie, informe la personne concernée par la FAP et traite toute demande FAP soumise par celle-ci (que la demande soit complète ou incomplète) conformément aux procédures suivantes.

   a. Pour procéder à une décision d'éligibilité présumée, l'hôpital de l'organisation membre doit établir que la personne est éligible à une aide financière sur la base d'informations autres que celles fournies par la personne elle-même ou sur la base d'une décision antérieure d'éligibilité à la FAP. Si la personne est présumée éligible à une aide inférieure à l'aide la plus généreuse disponible dans le cadre de la FAP, l'hôpital de l'organisation membre doit :
      i. Informer la personne des motifs de cette décision et de la procédure à suivre pour demander une aide plus généreuse dans le cadre de la FAP ;
      ii. Accorder à la personne un délai raisonnable pour demander une aide plus généreuse avant de lancer une procédure d'ECA ; et
      iii. Si la personne soumet une demande FAP complète visant à obtenir une aide plus généreuse pendant la période de demande, prendre les mesures décrites à la **Section 3** ci-dessous.
   b. Afin d'informer de manière adéquate une personne des dispositions de la FAP, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent respecter l'ensemble des obligations suivantes :
      i. Informer la personne de l'existence de la FAP par **tous** les moyens suivants, au moins 30 jours avant de lancer une ou plusieurs procédures d'ECA :
         1. Remettre à la personne concernée un avis écrit indiquant qu'une aide financière est disponible pour les personnes éligibles, précisant les ECA que l'hôpital membre de Northern Light Health a l'intention d'utiliser pour obtenir le paiement, et fixant une date limite à partir de laquelle les

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

ECA peuvent être lancées, cette date limite ne pouvant être antérieure à 30 jours après la date de remise de l'avis écrit.

2. Joindre à la notification écrite un résumé en langage clair décrivant la FAP.
3. Déployer des efforts raisonnables pour informer oralement la personne concernée de l'existence de la FAP et de la manière dont elle peut obtenir de l'aide pour la procédure de la FAP.

ii. Si la personne dépose une demande FAP **incomplète** pendant la période de dépôt des demandes, l'hôpital de l'organisation affiliée à Northern Light Health prendra les mesures supplémentaires suivantes, décrites à la **Section 2** ci-dessous.

iii. Si la personne dépose une demande FAP **complète** pendant la période de dépôt des demandes, l'hôpital membre de Northern Light Health prendra les mesures supplémentaires suivantes, décrites à la **Section 3** ci-dessous.

2. **Procédures supplémentaires si une demande FAP incomplète est déposée**
   a. Outre le respect des obligations de notification décrites à la **Section 1** ci-dessus, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent, dans les 15 jours suivant la réception d'une demande FAP incomplète déposée pendant la période de demande, fournir à la personne concernée des instructions sur la manière de compléter la demande FAP et lui accorder un délai raisonnable pour le faire dans les 30 jours suivant la réception de la demande incomplète. Afin de satisfaire à ces exigences, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent respecter l'ensemble des mesures suivantes :
      i. Ne pas engager de procédure ECA ni donner suite à une procédure ECA déjà engagée.
      ii. Fournir à la personne concernée, dans un délai de 30 jours, une notification écrite contenant les informations suivantes :
         - Description des informations et/ou des documents prévus par la FAP ou figurant dans le formulaire de demande de FAP qui doivent être fournis pour que la demande FAP soit complète.
         - Coordonnées, y compris le numéro de téléphone et l'adresse physique : (i) du service ou du département de l'hôpital de l'organisation membre capable de fournir des informations sur la FAP ; et (ii) soit (a) du service ou du département de l'hôpital de l'organisation membre capable d'apporter une aide dans le cadre de la procédure de demande FAP, soit (b) d'au moins une organisation à but non lucratif ou d'un organisme public que l'hôpital de l'organisation membre a désigné comme source d'aide disponible pour les demandes FAP.
   b. Si la personne dépose par la suite une demande FAP complète pendant la période de dépôt des demandes, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent suivre les procédures énoncées à la **Section 3** ci-dessous.

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

3. **Procédures supplémentaires si une demande FAP complète est déposée**
    a. Outre le respect des obligations de notification décrites à la **Section 1** ci-dessus, les hôpitaux membres de Northern Light Health doivent, dans un délai de 45 jours à compter de la réception, accomplir l'ensemble des démarches suivantes concernant toute personne qui dépose une demande FAP complète pendant la période de dépôt des demandes :
        i. Ne pas engager de procédure ECA ni donner suite à une procédure ECA déjà engagée.
        ii. Déterminer, dans un délai de 45 jours, si la personne est éligible à une aide financière dans le cadre de la FAP. S'il est établi que la personne est éligible à une aide financière, l'hôpital membre de Northern Light Health doit également prendre les mesures énumérées à la **Section 3.b.** ci-dessous.
        iii. Informer par écrit la personne de la décision relative à son éligibilité, en précisant l'aide à laquelle elle a droit (le cas échéant) et les motifs de cette décision, dans un délai de 45 jours.
    b. S'il est établi que la personne est éligible à une aide financière dans le cadre de la FAP, l'hôpital membre de Northern Light Health doit prendre les mesures supplémentaires suivantes :
        i. Rembourser tout montant versé au titre des soins qui dépasse le montant dont la personne est tenue de prendre en charge en tant que bénéficiaire éligible à la FAP, sauf si le montant du remboursement est inférieur à 5,00 $. Les remboursements concernent **uniquement** les paiements relatifs au(x) épisode(s) de soins auquel (auxquels) se rapporte la demande FAP d'une personne.
        ii. Prendre toutes les mesures raisonnables pour annuler toute ECA prise à l'encontre de la personne afin d'obtenir le paiement des soins (par exemple, annuler tout jugement, lever tout privilège ou saisie, et supprimer toute information défavorable d'un rapport de solvabilité).
        iii. Si la personne est éligible à une aide financière autre que la prise en charge gratuite, lui fournir un relevé de facturation indiquant : (i) le montant qu'elle doit pour les soins en tant que personne éligible à la FAP ; (ii) la manière dont ce montant a été déterminé ; et (iii) le tarif AGB applicable à ces soins.

VI. LISTE DES PRESTATAIRES DISPENSANT DES SOINS D'URGENCE OU D'AUTRES SOINS MÉDICALEMENT NÉCESSAIRES

La liste des prestataires éligibles à l'aide financière de Northern Light Health, disponible à l'adresse http://northernlighthealth.org/billing-help, répertorie les prestataires de chaque hôpital affilié à Northern Light Health qui dispensent des soins d'urgence et/ou des soins médicalement nécessaires, et précise lesquels de ces prestataires sont couverts par la

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.

présente politique. Northern Light Health met régulièrement à jour sa liste de prestataires afin de s'assurer qu'elle soit toujours exacte et à jour. Il peut toutefois arriver que cette liste n'ait pas été mise à jour pour inclure un nouveau prestataire ou pour refléter un changement concernant le statut d'un prestataire couvert ou non par la présente politique. Northern Light Health recommande aux personnes concernées de consulter un conseiller financier de Northern Light Health dans la mesure du possible afin de vérifier si les informations relatives à un prestataire donné sont correctement enregistrées.

VII. SUIVI ET RAPPORTS

A. Un registre de demandes d'Aide financière , à partir duquel des rapports périodiques peuvent être générés, doit être tenu séparément de tout autre état financier requis.
B. Les activités d'Aide financière feront l'objet d'un rapport annuel à la communauté, sur la base des coûts estimés des services.

RÉFÉRENCES

10-144 CMR, chap. 150 – Directives relatives aux soins gratuits
22 MRSA 1716 – Programmes de soins caritatifs et d'aide financière fournis par les hôpitaux

ANNEXES

(Les deux pièces jointes sont accessibles via http://northernlighthealth.org/billing-help ou via le lien externe situé au-dessus de la présente politique)
Demande d'aide financière
Liste des prestataires d'aide financière

Ce document a été approuvé par le(s) comité(s) mentionné(s) ci-dessous aux dates indiquées :
Conseil d'administration, 28/04/2005, 25/09/2007 (non publié), 16/08/2009, 16/06/2011, 13/06/2012, 08/10/2014, 22/06/2016, 4/10/2017, 2/10/2019, 7/10/2020, 9/06/2021, 11/10/2023, 27/05/2026
Comité de gouvernance du conseil d'administration, 01/06/2011, 08/10/2014, 04/05/2016, 12/09/2017, 18/09/2019 ; 07/09/2023, 27/05/2026
Comité des finances du conseil d'administration, 08/05/2009, 30/07/2014, 25/05/2016, 13/09/2017, 16/09/2019, 20/08/2020, 02/06/2021, 31/5/2023, 28/01/2026, 29/04/2026
Conseil de direction, 19/06/2012, 17/06/2014, 19/09/2017, 01/09/2020, 30/04/2021
Conseil des finances, 05/06/2014, 08/03/2016, 08/08/2017, 15/07/2020, 30/04/2021, 24/03/2023, 17/10/2025, 24/04/2026

Les copies imprimées sont fournies à titre de référence UNIQUEMENT. Veuillez vous reporter à la version électronique pour disposer de la dernière version.