Central Maine Healthcare

Politique/procédure : Politique d'aide financière (FAP)	
ENTITÉ : **Central Maine Healthcare (CMH)** **CMH comprend le Central Maine Medical Center (CMMC), le Bridgton Hospital (BH), le Rumford Hospital (RH), le Central Maine Medical Group (CMMG), le Maine College of Health Professions, les établissements de soins de longue durée, les cliniques et plusieurs autres filiales.**	**CATÉGORIE : Administration**
	CHAPITRE : Finances
	DATE DE CRÉATION : 29/11/2019
	DATE D'APPROBATION FINALE : 30/07/2026

PERSONNEL CONCERNÉ

La présente politique s'applique aux établissements, cabinets, entités et services du Central Maine Medical Center, du Bridgton Hospital et du Rumford Hospital, ainsi qu'aux membres de leur personnel.

OBJECTIF

Les entités de Central Maine Healthcare (CMH) indiquées ci-dessus, y compris tous les cabinets des professionnels de santé qui leur sont associés, offrent une aide financière pour les soins d'urgence et les soins médicalement nécessaires, dispensés en hospitalisation ou en consultation externe, aux patients non assurés, insuffisamment assurés ou autrement dans l'incapacité de payer leurs soins. L'aide financière est administrée de manière équitable, cohérente, respectueuse et objective; elle est essentielle à la réalisation de la mission, de la vision et des valeurs de CMH.

La présente politique vise à éliminer les obstacles financiers à l'accès aux soins médicalement nécessaires, tout en soutenant l'engagement de CMH à offrir chaque jour, à chaque patient, des soins sûrs, fiables et de grande qualité. Elle établit des procédures normalisées pour repérer les patients potentiellement admissibles, traiter les demandes, déterminer l'admissibilité et communiquer les possibilités d'aide financière.

Cette politique vise à assurer le respect des lois fédérales et de l'État applicables, notamment l'article 501(r) du Code fédéral des impôts (Internal Revenue Code) et la législation du Maine, dont le 22 M.R.S. §1716-A, en vigueur depuis le 1er juillet 2026. Les exigences relatives à l'admissibilité aux soins caritatifs, aux délais de traitement des demandes, aux avis aux patients, aux protections en matière de facturation et aux limites applicables aux plans de paiement sont intégrées à la présente politique.

PROCÉDURE / PROCESSUS

I. REPÉRAGE DES PATIENTS POTENTIELLEMENT ADMISSIBLES

Toutes les politiques officielles de Central Maine Healthcare sont conservées sous forme électronique et peuvent être modifiées. Aucune version imprimée ne doit être considérée comme officielle, sauf dans la mesure où elle correspond à la politique en vigueur conservée sous forme électronique.

A. Dans la mesure du possible, CMH effectuera, avant la date des soins, un entretien préalable à l'admission avec le patient, le garant du paiement et/ou son représentant légal. Si cet entretien ne peut avoir lieu avant l'admission, il doit se dérouler lors de la prestation des soins ou, pour les cas impliquant des montants importants, dès que possible par la suite.

B. En cas d'admission en urgence, CMH ne doit évaluer les autres possibilités de paiement qu'après avoir fourni les soins médicaux requis. Les renseignements ci-dessous doivent être recueillis lors du premier entretien avec le patient, sans toutefois retarder l'examen ou le traitement :

- Renseignements démographiques habituels et complets; et
- Renseignements complets sur toutes les couvertures existantes offertes par des tiers.

C. Tous les patients auront la possibilité de demander une aide financière. Lorsqu'un patient sollicite cette aide après avoir quitté l'établissement, un conseiller en aide financière enverra par courrier un formulaire de demande d'aide financière au patient ou à son tuteur pour qu'il le remplisse.

D. Le repérage des patients potentiellement admissibles peut avoir lieu à tout moment pendant la période de dépôt des demandes.

E. Les conseillers en aide financière sont généralement disponibles pendant les heures normales de bureau pour fournir les services suivants :

- Rechercher des sources possibles de paiement, telles qu'une assurance responsabilité civile en cas d'accident ou une couverture COBRA.
- Évaluer la possibilité pour les patients de bénéficier de programmes d'aide locaux, étatiques ou fédéraux, y compris l'aide financière hospitalière.
- Aider les patients à demander une assurance maladie ou une aide financière dans le cadre de programmes financés par l'État ou le gouvernement fédéral.
- Répondre aux questions financières.
- Établir des modalités de paiement.
- Fournir des estimations de prix.
- Fournir, sur demande, une facture détaillée au patient.

F. CMH peut s'appuyer sur des renseignements obtenus auprès d'autres sources pour déterminer si une personne est admissible à une aide.

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

CMH et ses organisations membres respecteront toutes les lois, règles et réglementations applicables concernant l'information des patients sur l'aide financière, notamment les dispositions suivantes :

A. Des affiches et des avis individuels indiquant la disponibilité d'une aide financière sont placés dans les principaux espaces publics de l'hôpital, notamment, sans s'y limiter : l'accueil centralisé et l'admission des patients, la salle d'attente des urgences, les cliniques, les salles d'attente des cabinets de médecins salariés de l'hôpital, les bureaux des conseillers financiers et le service administratif de facturation.

B. Des exemplaires papier de cette politique, du formulaire de demande d'aide financière et du résumé en langage clair seront disponibles aux endroits énumérés au point A ci-dessus et proposés aux patients lors de leur admission ou de leur sortie.

Toutes les politiques officielles de Central Maine Healthcare sont conservées sous forme électronique et peuvent être modifiées. Aucune version imprimée ne doit être considérée comme officielle, sauf dans la mesure où elle correspond à la politique en vigueur conservée sous forme électronique.

C. Des renseignements, notamment des brochures, figureront dans les dossiers d'information et de services aux patients et/ou dans les espaces d'accueil des patients. Ils seront également disponibles sur demande par téléphone, sur Internet ou en personne.

D. Un avis clairement visible concernant la disponibilité de l'aide financière figurera sur tous les relevés de facturation. Il comprendra le numéro de téléphone du bureau ou du service hospitalier pouvant renseigner sur cette politique et sur la procédure de demande d'aide financière, ainsi que l'adresse Internet où consulter la politique, le formulaire de demande et le résumé en langage clair.

E. Tous les renseignements et/ou formulaires publics relatifs à l'aide financière, notamment la présente politique, le formulaire de demande et son résumé en langage clair, seront proposés dans les langues appropriées à la zone desservie par l'établissement, conformément à l'article 1557 de la Patient Protection and Affordable Care Act. CMH fournira des traductions du formulaire de demande de soins caritatifs et de son résumé dans toute langue parlée par 5 % de la population de l'État ou par 1 000 personnes dans l'État, selon le seuil le plus bas, ainsi que dans toute autre langue parlée par 5 % de la communauté desservie par l'hôpital ou par 1 000 personnes de cette communauté, selon le seuil le plus bas.

F. Le formulaire de demande d'aide financière, les instructions et le résumé en langage clair sont accessibles à l'adresse : https://www.cmhc.org/patients-visitors/billing-financial-information/financial-assistance/

G. CMH déploiera des efforts raisonnables pour informer oralement toute personne de la politique d'aide financière de l'hôpital et de la manière d'obtenir de l'aide pour remplir sa demande, au moins 30 jours avant d'engager à son encontre des mesures de recouvrement extraordinaires (ECA).

H. Si, à tout moment pendant la période de dépôt des demandes, le patient indique ne pas pouvoir payer, il sera informé de la disponibilité d'une aide financière et recevra un formulaire de demande. Le formulaire et ses instructions sont disponibles à l'adresse : https://www.cmhc.org/patients-visitors/billing-financial-information/financial-assistance/

III. PROCÉDURE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Le patient doit recevoir et remplir un formulaire écrit de demande d'aide financière et fournir toutes les données et pièces justificatives nécessaires pour vérifier son admissibilité. Les types de renseignements et de documents requis sont indiqués dans les instructions du formulaire de demande d'aide financière.

A. Exigences générales relatives aux demandes

CMH déploiera des efforts raisonnables pour identifier les patients susceptibles d'être admissibles à une aide financière et les aidera, sur demande, à remplir leur dossier. Les patients peuvent présenter une demande à tout moment pendant la période de dépôt applicable.

CMH ne demandera que les justificatifs raisonnablement nécessaires pour déterminer l'admissibilité en vertu de cette politique. CMH n'exigera pas de certification notariale des formulaires de demande ou de leurs pièces justificatives.

Toutes les politiques officielles de Central Maine Healthcare sont conservées sous forme électronique et peuvent être modifiées. Aucune version imprimée ne doit être considérée comme officielle, sauf dans la mesure où elle correspond à la politique en vigueur conservée sous forme électronique.

B. Délais de traitement des demandes

CMH respecte tous les délais de vérification et de décision applicables imposés par la législation du Maine, notamment le 22 M.R.S. §1716-A, en vigueur depuis le 1er juillet 2026.

C. Admissibilité présumée : décision selon laquelle un patient est présumé admissible à une aide financière en fonction de critères financiers et de ses antécédents. La décision définitive sera prise après la réception et l'examen de la demande d'aide financière dûment remplie. Critères :

- La personne est admissible à certains programmes de l'État, notamment SNAP ou TANF;
- La personne est actuellement admissible à Medicaid, mais ne l'était pas à la date de la prestation des soins;
- La personne est sans domicile;
- La personne est décédée et ne possède aucune succession connue permettant de régler ses dettes hospitalières;
- L'État a reconnu la personne admissible à une aide en vertu de la loi d'indemnisation des victimes de crimes violents ou de la loi d'indemnisation des victimes d'agression sexuelle.

D. Le formulaire de demande d'aide financière constituera le document officiel attestant l'approbation ou le refus de l'aide.

E. Une demande d'aide financière approuvée par une entité de CMH servira à établir une admissibilité présumée pendant six mois à compter de la date d'approbation, sauf dans l'un des cas suivants :

- Nouvelle prestation de soins en hospitalisation;
- Changement de revenus;
- Changement de la taille de la famille;
- Changement de situation professionnelle.

F. Toute personne peut contacter un hôpital de CMH pour obtenir des renseignements ou de l'aide concernant la procédure de demande d'aide financière. Patients ayant besoin de soins médicaux d'urgence : les hôpitaux de CMH fourniront, sans discrimination, des soins pour les affections médicales d'urgence, au sens de l'article 1867 du Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd), sans tenir compte de l'admissibilité à une aide au titre de cette politique, et conformément à l'Emergency Medical Treatment and Active Labor Act (« EMTALA »). Ils n'exerceront aucune activité susceptible de dissuader une personne de demander des soins d'urgence, par exemple exiger un paiement avant le traitement ou permettre des activités de recouvrement qui entravent la fourniture sans discrimination de soins médicaux d'urgence.

IV. MESURES DE RECOUVREMENT EXTRAORDINAIRES (ECA)

A. Exigences générales avant toute ECA : les hôpitaux de CMH ne peuvent engager de mesure de recouvrement extraordinaire pendant au moins 120 jours à compter de l'envoi du premier relevé de facturation après la sortie du patient et avant que la personne ait été informée de la politique d'aide financière (FAP). Avant toute ECA, ils doivent également déployer des efforts raisonnables pour déterminer si la personne est admissible à une aide au titre de la FAP, conformément à la section 1 ci-dessous. Aucune ECA ne peut être engagée si le patient a conclu un accord de paiement satisfaisant avec l'hôpital. Enfin, le directeur financier (CFO) ou son représentant doit constater que l'hôpital a pris des mesures raisonnables pour déterminer l'admissibilité de la personne et qu'il a respecté la présente politique. Aucune ECA ne peut débuter avant cette constatation.

Toutes les politiques officielles de Central Maine Healthcare sont conservées sous forme électronique et peuvent être modifiées. Aucune version imprimée ne doit être considérée comme officielle, sauf dans la mesure où elle correspond à la politique en vigueur conservée sous forme électronique.

B. Efforts raisonnables : un hôpital de CMH sera réputé avoir fait des efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité d'une personne à une aide financière au titre de la FAP s'il : (i) détermine que la personne satisfait aux critères d'admissibilité présumée; ou (ii) informe convenablement la personne de la FAP et traite toute demande qu'elle a présentée, qu'elle soit complète ou incomplète.

- Pour établir une admissibilité présumée, l'hôpital doit déterminer que la personne est admissible à une aide financière sur la base de renseignements autres que ceux fournis par cette personne ou d'une décision antérieure d'admissibilité à la FAP.
- Afin de fournir un avis adéquat concernant la FAP, les hôpitaux de CMH doivent informer la personne au moins 30 jours avant d'entreprendre une ou plusieurs ECA, au moyen d'un avis écrit indiquant qu'une aide financière est disponible pour les personnes admissibles, précisant les ECA que l'hôpital envisage pour obtenir le paiement et fixant une date limite après laquelle les ECA pourront commencer, laquelle ne peut être antérieure à 30 jours après l'envoi de l'avis.
- Joindre un résumé en langage clair de la FAP à l'avis écrit.
- Faire des efforts raisonnables pour informer oralement la personne de la FAP et de la manière d'obtenir de l'aide pour sa demande.

C. Procédures supplémentaires en cas de demande FAP incomplète : outre les exigences d'avis décrites au point A ci-dessus, les hôpitaux de CMH doivent indiquer aux personnes ayant soumis une demande incomplète pendant la période de dépôt comment la compléter et leur accorder une possibilité raisonnable de le faire. Pour satisfaire à ces exigences, les hôpitaux doivent prendre toutes les mesures suivantes :

- Ne pas engager de nouvelles ECA ni poursuivre celles déjà engagées.
- Remettre à la personne un avis écrit décrivant les renseignements et/ou pièces justificatives exigés par la FAP ou son formulaire de demande pour compléter le dossier.
- Fournir les coordonnées, y compris le numéro de téléphone et l'adresse physique : (i) du bureau ou service hospitalier pouvant renseigner sur la FAP; et (ii) soit (a) du bureau ou service hospitalier pouvant aider à remplir la demande, soit (b) d'au moins un organisme sans but lucratif ou d'une agence gouvernementale identifié par CMH comme source d'aide pour les demandes FAP.

D. Procédures supplémentaires en cas de demande FAP complète : outre les exigences d'avis décrites au point A ci-dessus, les hôpitaux de CMH doivent prendre toutes les mesures suivantes lorsqu'une personne présente une demande complète pendant la période de dépôt :

- Ne pas engager de nouvelles ECA ni poursuivre celles déjà engagées.
- Déterminer si la personne est admissible à une aide financière au titre de la FAP.
- Informer par écrit la personne de la décision d'admissibilité, en précisant l'aide à laquelle elle a droit et les motifs de la décision.
- Si la personne est jugée admissible à une aide financière au titre de la FAP, l'hôpital de CMH doit prendre toutes les mesures raisonnables pour annuler toute ECA engagée en vue d'obtenir le paiement des soins (par exemple faire annuler un jugement, lever tout privilège ou toute saisie et supprimer toute information défavorable d'un dossier de crédit).

E. Transmission de dettes à des agences de recouvrement : outre le respect des exigences générales relatives aux ECA énoncées au point A ci-dessus, les hôpitaux de CMH doivent satisfaire aux exigences supplémentaires suivantes lorsqu'ils transmettent un compte à une agence de recouvrement :

- Les hôpitaux de CMH exigent des agences de recouvrement une garantie écrite de leur conformité au Fair Debt Collection Practices Act ainsi qu'aux codes de déontologie et de responsabilité professionnelle de l'American Collections Association (ACA).

Toutes les politiques officielles de Central Maine Healthcare sont conservées sous forme électronique et peuvent être modifiées. Aucune version imprimée ne doit être considérée comme officielle, sauf dans la mesure où elle correspond à la politique en vigueur conservée sous forme électronique.

F. Signalement aux agences d'évaluation du crédit : outre le respect des exigences générales relatives aux ECA énoncées au point A ci-dessus, les hôpitaux de CMH doivent satisfaire aux exigences supplémentaires suivantes lorsqu'ils font un signalement à une agence d'évaluation du crédit (par exemple TransUnion, Experian ou Equifax) :

- Les comptes transmis à une agence de recouvrement peuvent être signalés à une agence nationale d'évaluation du crédit si la partie responsable ne règle pas intégralement sa dette ou ne conclut pas d'accord de paiement satisfaisant avec l'agence de recouvrement.

V. FACTURATION ET PROTECTIONS DES PATIENTS

A. Avis relatif aux services non couverts

CMH informera tout patient reconnu admissible à une aide financière lorsqu'une partie d'un service médical, traitement, acte, examen ou autre service fourni par l'hôpital n'est pas couverte par le programme d'aide financière. Cet avis sera remis avant la prestation du service dans toute la mesure raisonnablement possible et décrira clairement le service non couvert ainsi que la responsabilité financière éventuelle du patient.

B. Limitation de facturation des services non couverts non signalés

Si CMH n'a pas préalablement informé le patient qu'un service médical, traitement, acte, examen ou autre service fourni par l'hôpital n'est pas couvert par le programme d'aide financière, CMH ne facturera pas ce service au patient. La présente disposition n'interdit pas à CMH de facturer ces services à l'assureur maladie du patient lorsque la loi le permet.

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

La liste CMH des prestataires concernés par l'aide financière est disponible au lien suivant :

https://www.cmhc.org/patients-visitors/billing-financial-information/financial-assistance/

Cette page contient la liste des prestataires des hôpitaux de CMH qui dispensent des soins d'urgence et/ou médicalement nécessaires, mais qui ne sont PAS couverts par la présente politique. CMH met régulièrement à jour la liste de ses prestataires non salariés afin d'en préserver l'exactitude. Il peut toutefois arriver qu'un nouveau prestataire n'y figure pas encore ou qu'un changement de statut (couvert ou non couvert) n'y soit pas reflété. CMH recommande aux personnes concernées de consulter, chaque fois que possible, un conseiller financier de CMH afin de confirmer l'exactitude des renseignements relatifs à un prestataire donné.

VII. SUIVI ET RAPPORTS

A. Un registre des demandes d'aide financière, à partir duquel des rapports périodiques peuvent être établis, sera tenu séparément des autres états financiers exigés.

B. L'activité d'aide financière fera l'objet d'un rapport annuel à la communauté, sur la base du coût estimé des services.

Toutes les politiques officielles de Central Maine Healthcare sont conservées sous forme électronique et peuvent être modifiées. Aucune version imprimée ne doit être considérée comme officielle, sauf dans la mesure où elle correspond à la politique en vigueur conservée sous forme électronique.

DISPOSITIONS PARTICULIÈRES :

I. LIMITATIONS :

A. La présente politique s'applique aux personnes suivantes :

- Les résidents du Maine recevant des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires, selon l'appréciation clinique du prestataire, indépendamment de leur situation financière, et satisfaisant aux exigences ci-dessous.
- Les personnes ne résidant pas dans le Maine qui demandent des soins d'urgence et satisfont aux exigences ci-dessous.

B. L'aide financière ne permet pas :

- D'obtenir une assurance maladie.
- De remplacer ou de compléter une assurance maladie.
- De garantir des prestations.
- De couvrir les prestataires de soins médicaux ne relevant pas de CMH.
- D'exclure les participations financières minimales exigées par la réglementation ou pour des raisons cliniques (par exemple un programme d'intervention auprès des auteurs de violences ou un programme de traitement de la dépendance aux stupéfiants).
- De couvrir les interventions de chirurgie esthétique facultative ou les services ne répondant pas à un besoin médical.

II. ADMISSIBILITÉ À L'AIDE FINANCIÈRE :

A. L'aide financière pour les soins médicalement nécessaires est accessible aux résidents du Maine qui :

- Ne disposent pas d'une assurance maladie ou bénéficient d'une couverture ne prenant en charge qu'une partie de la facture; et
- Respectent les critères de revenus définis ci-dessous.

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

- Ne disposent pas d'une assurance maladie ou bénéficient d'une couverture ne prenant en charge qu'une partie de la facture; et
- Respectent les critères de revenus définis ci-dessous.

C. Les hôpitaux de CMH accordent une aide financière de 100 % (soins gratuits) selon les critères suivants :

- Le revenu brut est inférieur ou égal à 200 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL).
- Le patient réside dans le Maine et reçoit des services et fournitures d'urgence ou médicalement nécessaires.
- Le patient ne réside pas dans le Maine et reçoit des soins d'urgence.
- Toutes les sources de paiement par des tiers, y compris les mécanismes de dépense préalable (« spend down ») lorsque cela s'applique, ont été épuisées.

Toutes les politiques officielles de Central Maine Healthcare sont conservées sous forme électronique et peuvent être modifiées. Aucune version imprimée ne doit être considérée comme officielle, sauf dans la mesure où elle correspond à la politique en vigueur conservée sous forme électronique.

D. Les hôpitaux de CMH accordent une prise en charge partielle gratuite (montant égal à 100 % des frais admissibles moins le montant généralement facturé, AGB, mais qui ne sera en aucun cas inférieur à 55 %).

- Le revenu brut est supérieur à 200 % et inférieur ou égal à 250 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL).
- Le patient réside dans le Maine et reçoit des services et fournitures d'urgence ou médicalement nécessaires.
- Le patient ne réside pas dans le Maine et reçoit des soins d'urgence.
- Toutes les sources de paiement par des tiers, y compris les mécanismes de dépense préalable (« spend down ») lorsque cela s'applique, ont été épuisées.

E. Les hôpitaux de CMH proposent aux demandeurs dont le revenu brut ajusté modifié (MAGI) est inférieur à 400 % du seuil fédéral de pauvreté des plans de paiement ne dépassant pas 4 % de ce revenu MAGI.

F. Aucune personne admissible à une aide financière ne sera facturée, pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires, au-delà du montant généralement facturé (AGB) calculé.

Pour toute question sur l'aide financière de Central Maine Healthcare, veuillez contacter :

(207) 786-1803 ou consulter le site Internet :

https://www.cmhc.org/patients-visitors/billing-financial-information/.

DÉFINITIONS

Montant généralement facturé (AGB) : montant habituellement facturé pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires aux personnes disposant d'une assurance couvrant ces soins. Le cas échéant, l'AGB est calculé selon la méthode rétrospective (« look-back ») : le total des paiements reçus par l'hôpital de l'ensemble des assurances commerciales et de Medicare au cours de l'exercice précédent est divisé par le total des montants facturés à ces assurances et à Medicare durant le même exercice.
Les patients admissibles à une aide financière bénéficieront d'une réduction égale ou supérieure à celle accordée aux personnes assurées.
Les pourcentages AGB figurant ci-dessous s'appliquent aux soins d'urgence ou aux autres soins médicalement nécessaires fournis à toute personne admissible à la FAP à compter de la date d'approbation de cette politique.

Hôpitaux membres	**Central Maine Medical Center**	**Rumford Hospital**	**Bridgton Hospital**
AGB (%)	45,0 %	51,2 %	50,3 %
Réduction requise (%)	55,0 %	48,8 %	49,7 %
Réduction proposée (%) *	55,0 %	55,0 %	55,0 %
Paiement direct réel	Tarif Medicare	Tarif Medicare	Tarif Medicare

Toutes les politiques officielles de Central Maine Healthcare sont conservées sous forme électronique et peuvent être modifiées. Aucune version imprimée ne doit être considérée comme officielle, sauf dans la mesure où elle correspond à la politique en vigueur conservée sous forme électronique.

Période de dépôt des demandes : pour une date de soins donnée, la période de dépôt d'une demande d'aide financière prend fin 240 jours après le premier relevé de facturation suivant la sortie de l'hôpital. La couverture accordée au titre de la demande est valable pendant 180 jours après la date de décision pour les services ambulatoires. Les soins en hospitalisation fournis après la décision initiale nécessitent une demande actualisée.

Mesures de recouvrement extraordinaires (ECA) : mesures prises par un hôpital sans but lucratif à l'encontre d'une personne afin d'obtenir le paiement de biens ou de services de santé fournis par l'hôpital. Avant d'entreprendre ces mesures, l'hôpital doit déployer des efforts raisonnables pour déterminer si la personne est admissible à une aide financière (26 U.S.C. § 501(r)(6)).

Les ECA ne comprennent pas la prise d'une sûreté hospitalière sur les biens d'un patient afin de percevoir les sommes provenant d'un règlement amiable, d'un jugement ou d'une transaction faisant suite à une action du patient contre un tiers responsable de ses blessures.

Les ECA ne comprennent pas non plus la vente par l'hôpital de la dette d'une personne à un tiers si, avant la vente, l'hôpital conclut avec l'acquéreur un accord écrit juridiquement contraignant qui prévoit les quatre conditions suivantes :

- L'acquéreur de la dette doit s'engager à ne prendre aucune ECA pour en obtenir le paiement;
- L'acquéreur doit s'engager à ne pas appliquer à cette dette un taux d'intérêt supérieur à celui en vigueur au titre de l'article 6621(a)(2) du Code fédéral des impôts au moment de la vente (ou à tout autre taux fixé par un avis ou des directives publiés dans l'Internal Revenue Bulletin);
- La dette doit pouvoir être restituée à l'hôpital ou rappelée par celui-ci s'il est déterminé, par l'hôpital ou par l'acquéreur, que la personne est admissible à la FAP; et
- Si la personne est reconnue admissible à la FAP et que la dette n'est ni restituée ni rappelée par l'hôpital, l'acquéreur doit respecter les procédures prévues dans l'accord afin de garantir que la personne ne verse pas, et n'ait pas l'obligation de verser, à l'acquéreur et à l'hôpital réunis un montant supérieur à celui dont elle est personnellement redevable en tant que personne admissible à la FAP. Les ECA ne comprennent pas non plus la déclaration d'une créance dans une procédure de faillite.

Chirurgie esthétique facultative : selon la section 250.11 du manuel hospitalier CMS Medicare, la chirurgie esthétique comprend toute intervention chirurgicale destinée à améliorer l'apparence, sauf si elle est nécessaire pour réparer rapidement (c'est-à-dire dès que médicalement possible) une blessure accidentelle ou pour améliorer le fonctionnement d'une partie du corps présentant une malformation.

Soins d'urgence :

- Une personne se présente au service des urgences (« ED ») et demande un examen ou un traitement pour une affection médicale quelconque; ou
- Un patient est soigné dans un service ou un cabinet présenté au public (par son nom, son affichage, sa publicité ou autrement) comme un lieu offrant, sans rendez-vous préalable, des soins urgents pour des affections médicales d'urgence (par exemple un centre de soins urgents ou une unité de travail et d'accouchement située hors du campus hospitalier).

Famille : le « revenu familial » désigne le revenu cumulé d'un patient et de sa famille. Il ne comprend pas le revenu des personnes vivant dans le foyer du patient qui ne sont pas membres de sa famille. Aux fins de ce paragraphe, une « famille » désigne un groupe d'au moins deux personnes apparentées par la naissance, le mariage ou l'adoption, vivant

Toutes les politiques officielles de Central Maine Healthcare sont conservées sous forme électronique et peuvent être modifiées. Aucune version imprimée ne doit être considérée comme officielle, sauf dans la mesure où elle correspond à la politique en vigueur conservée sous forme électronique.

ensemble et ayant des obligations légales de soutien mutuel. Toutes ces personnes apparentées sont considérées comme faisant partie d'une même famille.

Revenu familial

Comprend :

- Les salaires et traitements bruts avant toute déduction.
- Les revenus nets d'une activité indépendante, agricole ou non agricole (recettes d'une entreprise personnelle ou d'une exploitation agricole possédée ou louée, après déduction des dépenses professionnelles ou agricoles).
- Les versements réguliers de la sécurité sociale, des retraites ferroviaires, des allocations de chômage, des indemnités d'accident du travail, des prestations de grève versées par les caisses syndicales et des avantages accordés aux anciens combattants.
- L'aide publique, y compris les versements d'aide temporaire aux familles nécessiteuses (TANF) et les aides générales en espèces.
- Les allocations de formation.
- Les pensions alimentaires pour enfants, les allocations familiales militaires et les autres aides régulières versées par un membre de la famille absent ou par une personne ne vivant pas au foyer.
- Les pensions privées, les pensions des employés publics et les versements réguliers d'assurance ou de rente.
- Les dividendes, intérêts, loyers, redevances et versements périodiques provenant de successions ou de fiducies.
- Les gains nets provenant de jeux d'argent ou de loteries.

Ne comprend pas :

- Les plus-values en capital.
- Les avoirs liquides, y compris les retraits bancaires et les produits de vente d'un bien.
- Les remboursements d'impôts.
- Les dons, prêts et héritages reçus sous forme de versement unique.
- Les indemnités d'assurance ponctuelles ou autres compensations ponctuelles pour blessure.
- Les avantages en nature, comme la part de l'assurance maladie payée par l'employeur ou le syndicat, ou les autres avantages sociaux des employés.
- La valeur des aliments et combustibles produits et consommés dans les exploitations agricoles, ainsi que la valeur locative imputée d'un logement agricole ou non agricole occupé par son propriétaire.
- Les prestations fédérales en nature, notamment Medicare, Medicaid, les bons alimentaires, les repas scolaires et l'aide désignée « focusing assistance » dans le texte source.

Personne admissible à la FAP : toute personne pouvant bénéficier d'une aide financière au titre de la FAP, qu'elle ait ou non déposé une demande.
Seuil fédéral de pauvreté (FPL) : barème fédéral des revenus correspondant au seuil de pauvreté, établi par le département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis et publié au Federal Register.

Formulaire de demande d'aide financière : demande remplie conformément à la procédure prévue à la section III de cette politique.

Frais bruts : tarif intégral établi par un hôpital pour des soins médicaux, facturé systématiquement et uniformément aux patients avant toute déduction, réduction ou remise contractuelle.

Toutes les politiques officielles de Central Maine Healthcare sont conservées sous forme électronique et peuvent être modifiées. Aucune version imprimée ne doit être considérée comme officielle, sauf dans la mesure où elle correspond à la politique en vigueur conservée sous forme électronique.

Soins médicalement nécessaires : services ou fournitures médicaux qui :

- Sont prescrits par un médecin et sont appropriés et nécessaires au regard des symptômes, du diagnostic ou du traitement d'un problème de santé physique ou mentale, y compris certains services préventifs;
- Sont fournis pour diagnostiquer, soigner directement ou traiter un problème de santé physique ou mentale;
- Répondent aux normes de bonnes pratiques médicales de la communauté médicale et de santé mentale dans la zone desservie;
- Ne sont pas principalement destinés au confort du patient ou d'un prestataire; et
- Représentent le niveau ou la fourniture de service le plus approprié pouvant être assuré en toute sécurité ou, lorsque nécessaire, selon les conclusions d'une évaluation de l'utilisation des soins.

Foyer comprenant plusieurs familles : si un foyer comprend plus d'une famille et/ou plusieurs personnes sans lien de parenté, les critères de revenus sont appliqués séparément à chaque famille et/ou personne non apparentée, et non au foyer dans son ensemble.

Résident :

Le terme « résident de l'État » désigne une personne :

(1) Qui vit dans l'État avec l'intention d'y rester indéfiniment.

(2) Qui entre dans l'État pour un emploi permanent, temporaire, saisonnier ou autre, ou qui y cherche un emploi.

Le terme « résident de l'État » n'inclut pas une personne qui se trouve temporairement dans l'État en tant que touriste ou visiteur.

DÉCLARATIONS DE NON-RESPONSABILITÉ

Des circonstances exceptionnelles peuvent nécessiter une dérogation aux modalités d'une politique. Il est entendu que des situations d'urgence peuvent survenir et exiger une résolution immédiate. Le cas échéant, une documentation appropriée devra être établie pour justifier la nécessité de telles dérogations.

RENVOIS

Politique de facturation et de recouvrement de Central Maine Healthcare.

RÉFÉRENCES ET SOURCES DOCUMENTAIRES

Exigences applicables aux hôpitaux relevant de l'article 501(c)(3) en vertu de l'Affordable Care Act – article 501(r). (s. d.). Consulté le 16 décembre 2019, à l'adresse : https://www.irs.gov/charities-non-profits/charitable-organizations/requirements-for-501c3-hospitals-under-the-affordable-care-act-section-501r.

Maine Revised Statutes, titre 24-A, Code des assurances du Maine, tel que modifié. Les politiques et procédures sont administrées conformément à toutes les dispositions applicables du titre 24-A des Maine Revised Statutes et aux réglementations de l'État qui s'y rapportent.

RÉCAPITULATIF DES EXAMENS / APPROBATIONS
REMPLACE : Sans objet
DATES D'EXAMEN / DE RÉVISION : 20/11/2020, (04/02/2022), 23/08/2023, 22/10/2025, 30/07/2026
APPROBATIONS : Comité des finances

Toutes les politiques officielles de Central Maine Healthcare sont conservées sous forme électronique et peuvent être modifiées. Aucune version imprimée ne doit être considérée comme officielle, sauf dans la mesure où elle correspond à la politique en vigueur conservée sous forme électronique.