



Politique du Patient Financial Assistance Program (Programme d'aide financière pour les patients, PFAP) de l'HFHS

Politique

Le Henry Ford Health System (HFHS) traite chaque patient avec dignité, respect et compassion. Les patients peuvent se tourner vers le HFHS pour des tarifs équitables des services médicaux fournis et pour s'informer sur les possibilités qui s'offrent à eux pour gérer leurs frais médicaux.

Tous les patients ont le droit de recevoir des soins médicaux d'urgence quelle que soit leur capacité à payer ou un éventuel solde à payer pour des visites antérieures.

Il est demandé aux patients et/ou aux garants d'accepter la responsabilité financière envers le HFHS pour les services médicaux dispensés. La responsabilité se traduit par des actes tels que fournir des informations exactes et complètes, le règlement dans les délais, le respect des échéanciers convenus et l'affiliation à une couverture médicale, qu'elle soit fournie par l'employeur, ou par l'intermédiaire de programmes privés ou soutenus par le gouvernement comme Medicare (Parties A, B et D, ou C) et Medicaid ou tout autre tiers-payeur, le cas échéant.

Les services dispensés sur les sites participants et pratiqués par des prestataires de services financés par le HFHS peuvent faire l'objet d'une aide financière du HFHS dans le cadre de la présente politique. La liste de ces sites et prestataires peut être obtenue gratuitement sur le site Web du Henry Ford Health System ou en appelant les cabinets des prestataires.

Le Programme d'aide financière pour les patients (PFAP) du HFHS s'applique aux situations où un patient éligible a besoin d'un acte médical et ne peut pas bénéficier d'une couverture d'assurance maladie ou est assuré mais dispose de ressources financières limitées.

Éligibilité au programme PFAP :

L'éligibilité au programme PFAP du HFHS sera déterminée sur la base d'une consultation. Les patients peuvent être éligibles au programme PFAP selon une des modalités suivantes :

Modalité (1) :

- Résidence légale aux États-Unis d'Amérique
- Avoir sa résidence personnelle dans les zones principales de services du HFHS, c'est-à-dire les comtés de Wayne, Macomb, et Oakland
- Avoir besoin de soins suite au diagnostic d'un prestataire de services du HFHS dans un centre du HFHS
- Reconnu par le HFHS comme ne pouvant pas bénéficier d'une couverture d'assurance maladie
- Revenu global annuel du foyer atteignant 250 % ou moins du niveau fédéral de pauvreté

Les patients qui remplissent les conditions ci-dessus d'éligibilité au programme PFAP pourront bénéficier d'une réduction de 100 % sur tous les actes nécessaires d'un point de vue médical.

Modalité (2) :

- Les patients qui sur une période de 12 mois ont cumulé une dette médicale importante auprès du HFHS en conséquence d'un état de santé dramatique avec des dépenses engagées supérieures à 30 % de leur revenu familial annuel brut
- Résidence légale aux États-Unis d'Amérique
- Avoir sa résidence personnelle dans les zones principales de services du HFHS, c'est-à-dire les comtés de Wayne, Macomb, et Oakland
- Avoir besoin de soins médicaux suite au diagnostic d'un prestataire de services du HFHS dans un centre du HFHS

Les patients qui remplissent les conditions ci-dessus pour être éligibles au programme PFAP pourront bénéficier de l'une des réductions suivantes :

- Les patients dont les revenus familiaux annuels s'élèvent à 250 % ou moins du niveau fédéral de pauvreté pourront bénéficier d'une réduction de 100 % sur tous les actes nécessaires d'un point de vue médical.
- Les créances médicales impayées des patients dont les revenus familiaux annuels sont supérieurs à 250 % seront ajustées à 30 % de leur revenu familial.

Modalité (3) :

Le HFHS peut déterminer l'éligibilité au programme PFAP rétroactivement sur une base forfaitaire.

Les patients éligibles sur une base forfaitaire au programme PFAP pourront bénéficier d'une réduction de 100 % sur tous les actes nécessaires d'un point de vue médical.

Déposer une demande pour le programme PFAP :

La demande d'aide est effectuée en contactant les conseillers financiers du HFHS et en fournissant certaines informations financières et justificatives. Les patients et/ou les garants peuvent demander une aide financière à tout moment jusqu'à 240 jours après que le HFHS ait fourni la facture initiale au patient et/ou au garant. Le HFHS, à son tour, traitera la demande et déterminera l'éligibilité dans un délai de 30 jours civils après réception de la demande complétée. La personne sera avertie par écrit de la décision et de la raison de la décision.

L'éligibilité au Programme d'aide financière pour les patients (PFAP) est sous réserve de l'approbation de la gestion des cycles de revenus du HFHS en partenariat avec les équipes soignantes.

Il peut y avoir des exceptions dans des situations spécifiques justifiées. Ces exceptions seront considérées au cas par cas. Toute dérogation ne constitue pas une modification des règles et ne garantit pas non plus que cette même décision s'appliquera à l'avenir.

Non-éligibilité au programme PFAP :

Les patients non-assurés qui ne répondent pas aux critères du programme PFAP seront facturés pour l'acte dispensé à un tarif qui ne sera pas supérieur aux Montants facturés généralement (AGB) aux personnes conservant une couverture d'assurance maladie. Le plus souvent, ce taux est de 115 % du taux de prise en charge Medicare établi pour des services similaires.

Pour les patients non-éligibles au programme PFAP, les mesures pouvant être prises par le HFHS pour non-paiement sont décrites dans une politique de facturation et d'encaissement auprès des patients distincte qui peut être obtenue gratuitement auprès des conseillers financiers du HFHS ou sur le site Web du Henry Ford Health System.

Définition(s)

- **Montants facturés généralement (AGB)** désigne le montant moyen que le HFHS prévoit d'être payé par les compagnies d'assurances pour un acte en utilisant le même processus de facturation et de codage applicable au tarif Medicare pour les soins aux patients.
- **Le garant** est la personne tenue pour responsable de la facture du patient.
- **Prestataire de services HFHS** à cet égard inclut tous les prestataires employés ainsi que les prestataires privés accrédités sur un site du HFHS lorsqu'ils dispensent des soins à un patient du HFHS dans un centre du HFHS ou dans leurs cabinets privés.
- **Le revenu familial** inclut les revenus avant impôts, les indemnités de chômage, les indemnités pour accidents du travail, la sécurité sociale, l'allocation supplémentaire de revenu de sécurité, l'aide sociale, les pensions aux anciens combattants, les prestations versées aux survivants, les revenus de pension ou de retraite, les intérêts, les dividendes, les rentes, les redevances, les revenus immobiliers, les revenus de fonds, les aides scolaires, les pensions alimentaires, les pensions alimentaires pour enfants, les aides extérieures et autres sources diverses. Il N'INCLUT PAS les prestations non pécuniaires comme les bons alimentaires et les allocations logement ou les plus-values ou les moins-values. Si une personne vit avec une famille, le revenu de tous les membres du foyer doit être inclus (y compris les conjoints de même sexe) sauf si les membres de la famille payent un loyer et/ou ne sont pas à charge de propriétaires. Les non-parents, comme les colocataires, ne doivent pas être inclus. Le statut de personne à charge sera déterminé au cas par cas.
- **Besoin médical, nécessaire d'un point de vue médical ou nécessité médicale** désigne les services de soins de santé qu'un médecin, en faisant preuve d'un jugement clinique prudent, dispenserait à un patient à des fins d'évaluation, de diagnostic et de traitement d'une maladie, d'une blessure ou d'une affection ou de ses symptômes, et qui sont des normes convenues de pratique médicale. Les services préventifs ou de dépistage sont couverts uniquement par un prestataire de services du HFHS.