

COMMONSPIRIT HEALTH ADDENDUM À LA POLITIQUE DE GOUVERNANCE

ADDENDUM Finances G-003A-2

DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR : 8 avril 2026

OBJET : Assistance financière - Oregon

POLITIQUES ASSOCIÉES

Politique de gouvernance CommonSpirit

Finances G-003, *Assistance financière*

Politique de gouvernance CommonSpirit

Finances G-004, *Facturation et recouvrements*

Cet addendum pour l'État de l'Oregon (l'Addendum) complète la Politique de gouvernance CommonSpirit pour les Finances G-003, *Assistance financière* (la Politique d'assistance financière), comme il convient, à la lumière des lois et règlements de l'État de l'Oregon concernant la fourniture de Soins hospitaliers caritatifs et pour s'y conformer, selon la section « Coordination avec d'autres lois » de la Politique d'assistance financière.

Cet Addendum s'applique à toutes les Filiales directes de CommonSpirit Health et aux filiales exonérées d'impôts dans l'État de l'Oregon, comme défini dans la Politique d'assistance financière. Si une disposition du présent Addendum est en conflit ou incompatible avec une disposition de la Politique d'assistance financière, le présent Addendum prévaut.

DÉFINITIONS

- A. La période de demande** désigne le temps accordé aux patients par l'Organisme hospitalier CommonSpirit pour remplir ladite demande d'assistance financière. Un patient peut demander une assistance financière à tout moment jusqu'à douze (12) mois après qu'il a payé les services fournis par l'Établissement hospitalier.
- B. Période d'admissibilité** - Après avoir soumis la Demande d'assistance financière et les documents justificatifs, les patients approuvés pour être admissibles recevront l'Assistance financière pour tous les comptes admissibles au cours de la période de demande et, de manière prospective, pendant une période de neuf (9) mois à compter de la date de détermination de l'Établissement hospitalier. Le patient ne sera pas tenu de présenter une nouvelle demande d'assistance financière pour les services fournis au cours de cette période de neuf mois.
- C. Le revenu familial** comprend le revenu de tous les membres d'un ménage, c'est-à-dire une personne seule ou les conjoints, les concubins, ou un parent et un enfant de moins de dix-huit (18) ans, vivant ensemble, ainsi que les autres personnes dont cette personne seule, ce conjoint, ce concubin ou ce parent est financièrement responsable, conformément à l'ORS 442.612 (6).

ADMISSIBILITÉ À L'ASSISTANCE FINANCIÈRE

- A.** Conformément à l'ORS 442.614, un patient qui remplit les conditions requises pour

bénéficier d'une Assistance financière recevra les soins EMCare gratuitement ou à prix réduit. Un patient n'est pas tenu de demander une assistance médicale, telle que définie dans l'ORS 414.025, avant de faire l'objet d'une évaluation visant à obtenir une Assistance financière ou de recevoir cette assistance.

B. Les Établissements hospitaliers sélectionneront un patient pour qu'il soit présumé bénéficiaire d'une assistance financière si ledit patient :

- n'est pas assuré ;
- est inscrit au programme d'assistance médicale de l'État ; ou
- doit à l'hôpital 1 500 \$ ou plus pour un même séjour hospitalier après déduction de tous les ajustements effectués par l'assurance ou les tiers payeurs, le cas échéant.

Avant de facturer les frais au patient, l'Établissement hospitalier sélectionnera le patient pour l'Assistance financière présumée et lui accordera toute assistance pour laquelle ledit patient remplit les conditions requises. Un Établissement hospitalier informera le patient qu'il a été sélectionné pour recevoir une Assistance financière présumée et lui fournira des informations sur la manière de demander une Assistance financière en cas de refus de sa demande, ou sur la façon de demander une Assistance financière supplémentaire supérieure à ce qu'il a pu recevoir précédemment.

Un Établissement hospitalier peut utiliser les services de tiers de Conifer, Breez Health, Waystar ou Experian pour examiner et estimer les revenus ménagers d'un patient et la taille de son ménage selon les critères d'admissibilité énoncés dans cet Addendum. Le processus de sélection n'aura aucun effet négatif sur le score de crédit du patient. Les patients ne seront pas tenus de fournir des documents justificatifs distincts dans le cadre de l'examen de la demande d'Assistance financière présumée, mais un patient peut fournir volontairement cette documentation. Si le processus de sélection ne transmet pas d'informations sur le patient ou spécifie que les revenus du patient sont inconnus, l'Établissement hospitalier fera un effort de bonne foi pour déterminer son état d'admissibilité présumée sur la base des autres informations disponibles. Un Établissement hospitalier documentera les méthodes utilisées pour effectuer l'examen d'admissibilité présumée.

C. Conformément aux conditions de la Politique d'assistance financière, à moins qu'un patient soit admissible à une Assistance financière présumée, certains critères d'admissibilité doivent être remplis pour qu'il puisse bénéficier d'une Assistance financière. Cet Addendum actualise ces critères d'admissibilité avec ce qui suit :

- Le revenu familial du patient doit être égal ou inférieur à 400 % du FPL.
- Tout patient dont le revenu familial est égal ou inférieur à 200 % du FPL bénéficie de la gratuité des soins.
- Tout patient dont le revenu familial est compris entre 201 % et 300 % du FPL bénéficiera d'une remise sur les soins EMCare jusqu'à 75 % du solde de son compte après paiement, le cas échéant, par un ou plusieurs tiers.
- Tout patient dont le revenu familial se situe entre 301 % et 350 % du FPL bénéficie d'une réduction de ses soins. Cette réduction est applicable sur le solde de son compte pour les soins EMCare fournis, après déduction des éventuels paiements effectués par des tiers, et correspond au montant le plus élevé entre 50 % ou l'AGB de l'Établissement hospitalier.
- Tout patient dont le revenu familial se situe entre 351 % et 400 % du FPL

bénéficie d'une réduction de ses soins. Cette réduction est applicable sur le solde de son compte pour les soins EMCare fournis, après déduction des éventuels paiements effectués par des tiers, et correspond au montant le plus élevé entre 25 % ou l'AGB de l'Établissement hospitalier.

DEMANDE D'UNE ASSISTANCE FINANCIÈRE, REMBOURSEMENTS ET PROCÉDURE D'APPEL

- A.** Une fois remplie par un résident de l'État de l'Oregon, la Demande d'assistance financière exigera uniquement du patient qu'il fournisse les revenus de son ménage et toute information sur un tiers susceptible d'être responsable, en totalité ou en partie, des coûts associés aux services fournis par l'Établissement hospitalier. La fourniture d'informations sur les actifs du patient est facultative et ces informations ne seront pas utilisées pour lui refuser une Assistance financière.
- B.** Si l'Établissement hospitalier a précédemment jugé, à tort, que le patient n'était pas admissible à l'Assistance financière pour les services sur la base des informations fournies par le patient au moment de la détermination incorrecte, l'Établissement hospitalier devra également payer l'intérêt du patient sur le montant de l'Assistance financière au taux fixé par la Réserve fédérale, ainsi que tous autres coûts raisonnables associés, tels que les frais juridiques et les frais engagés par le patient pour obtenir une Assistance financière.
- C.** Si un Établissement hospitalier refuse la Demande d'assistance financière d'un patient, que ce soit en totalité ou en partie, il informera le patient du refus dans les dix (10) jours ouvrables suivant la prise de décision par l'Établissement hospitalier. Les patients peuvent faire appel de cette détermination d'admissibilité par écrit, en personne, par e-mail ou via le portail en ligne de l'Établissement hospitalier. Un patient peut faire appel de la décision concernant son admissibilité à tout moment dans un délai de quarante-cinq (45) jours suivant la notification, ou de deux cent quarante (240) jours après la date du premier relevé de facturation émis après sa sortie, l'échéance la plus tardive étant retenue. De plus, un patient peut demander une révision par le directeur financier de l'établissement hospitalier ou son représentant. Le patient peut être tenu de fournir des documents supplémentaires à l'appui de son appel. Pendant la durée de l'appel, l'Établissement hospitalier suspendra les activités de recouvrement et, le cas échéant, informera les agences de recouvrement de la suspension de leurs activités. L'Établissement hospitalier rendra une décision écrite concernant l'appel dans les trente (30) jours suivant la date de la réunion finale d'appel ou la date de réception des corrections liées aux insuffisances de la demande, l'échéance la plus tardive étant retenue. L'Établissement hospitalier informera également le patient de la date de reprise des activités de recouvrement ayant été suspendues.

Toutes les autres conditions énoncées dans la Politique de gouvernance CommonSpirit pour les Finances G-003, *Assistance financière*, restent inchangées.