

---

Policy Number: **FIN 004**

Original Date: 01/01/07

Revised: 08/31/07, 06/30/09, 07/14/15, 12/21/15, 01/19/16, 01/22/19,  
06/01/2, 02/21, 02/22, 04/23, 02/24, 10/24, 3/25, 7/25, 04/26

Reviewed:

---

## Objet/Titre : Politique d'aide financière

**Politique :** La politique d'Oneida Health est de fournir des services à prix réduit, en fonction des besoins financiers, en tant qu'avantage communautaire pour les résidents de New York qui ne sont pas assurés, sous-assurés, inéligibles aux programmes gouvernementaux ou à d'autres couvertures de tiers, ou qui ne peuvent pas payer les soins médicalement nécessaires conformément à la loi sur l'aide financière aux hôpitaux et à l'article 501(r) de l'IRC. OH interdit le refus d'admission ou le refus de traitement pour des services dont on peut raisonnablement penser qu'ils sont médicalement nécessaires parce qu'un patient a des factures médicales impayées.

**Objet :** L'OH offre une aide financière aux patients non assurés ou sous-assurés, à un tarif réduit ou gratuitement, aux patients dont le revenu individuel ou familial ne dépasse pas 400 % du seuil de pauvreté du HHS, quel que soit leur statut d'immigration.

Cette politique est conforme aux exigences de la politique d'aide financière de l'article 501(r) du Code des impôts et de l'article 2807-k(9-a) de la loi sur la santé publique de l'État de New York. Elle entrera en vigueur immédiatement à la date la plus éloignée entre (a) le 20 octobre 2024 ; ou (b) la date d'entrée en vigueur du chapitre 57, partie Y, sous-partie C, article 1, des lois de l'État de New York de 2023.

Services couverts par cette police : Tous les services médicalement nécessaires, y compris, mais sans s'y limiter :

1. Patients admis en soins intensifs
2. Services d'urgence, y compris les transferts d'urgence conformément à la loi sur les soins médicaux d'urgence et le travail (EMTALA)
3. Patients en chirurgie ambulatoire
4. Patients ambulatoires orientés
5. Patients en observation

**Veillez noter :** Les services jugés non médicalement nécessaires ne sont pas admissibles à une aide financière.

L'aide financière ne saurait se substituer à la responsabilité financière personnelle. Elle est réservée aux personnes répondant aux critères d'admissibilité décrits dans la présente politique. Les patients sont tenus de se conformer aux procédures d'OH pour obtenir une aide financière ou d'autres formes de paiement et de contribuer au coût de leurs soins en fonction de leurs capacités financières. Les personnes disposant des ressources financières nécessaires pour souscrire une assurance maladie sont encouragées à le faire afin de garantir l'accès aux services de santé pour leur santé globale.

Par la présente politique, l'OH n'aide aucun patient à payer les services fournis par un prestataire ou un praticien non employé par l'OH, même si ces services sont dispensés dans ses établissements hospitaliers. Une liste des prestataires ou praticiens indépendants susceptibles de fournir des services médicalement nécessaires, mais non couverts par la présente politique, est disponible ici : <https://www.oneidahealth.org/billing-insurance-information/>

**Portée :** Cette politique s'applique à tous les membres du conseil d'administration, dirigeants, gestionnaires et autres membres du personnel, y compris les employés, les stagiaires, les bénévoles, les prestataires, les

consultants, les entrepreneurs indépendants, les étudiants et les travailleurs temporaires (« personnes concernées ») d'Oneida Health (OH), y compris l'hôpital et tous ses départements et centres de santé, l'établissement de soins prolongés, les cabinets médicaux affiliés à OH (Oneida Medical Services, PLLC, Oneida Medical Practice, PC et Genesee Physician Practice, PLLC), et tout autre département ou entité qui fait partie d'OH, le cas échéant.

### **Procédure :**

Afin de gérer les ressources de manière responsable et de permettre à Santé Ontario de fournir le niveau d'aide financière approprié aux personnes dans le besoin, les procédures et directives suivantes ont été établies pour la fourniture de l'aide financière. Par conséquent, la présente politique comprend les informations suivantes concernant l'aide financière.

- A. Admissibilité à l'aide financière
- B. Directives relatives à l'aide financière aux patients
- C. Services médicaux applicables en vertu de la présente politique
- D. Modalités de demande d'aide financière et décisions
- E. Documents requis pour l'aide financière
- F. Admissibilité présumée à l'aide financière
- G. Communication de la présente politique aux patients et au public
- H. Politiques de facturation et de recouvrement
- I. Exigences réglementaires
- J. Coordonnées pour joindre les bureaux de conseil financier d'Oneida Health

### **A. Admissibilité à l'aide financière**

Les résidents de l'État de New York sont admissibles à une aide financière s'ils : (a) reçoivent des soins médicaux d'urgence ou d'autres services médicalement nécessaires dans un établissement de santé ; et (b) sont non assurés, sous-assurés, inéligibles aux programmes gouvernementaux ou à toute autre couverture par un tiers, ou incapables de payer ces soins ; et (c) répondent aux critères d'aide financière aux patients énoncés dans la présente politique. L'admissibilité à l'aide financière des non-résidents de l'État de New York pour des soins médicaux d'urgence ou d'autres services médicalement nécessaires sera déterminée au cas par cas et nécessite l'approbation de la haute direction. L'octroi de l'aide financière sera basé sur une évaluation individualisée des besoins financiers, conformément à la présente politique, et ne tiendra pas compte de l'âge, du sexe, de l'origine ethnique, de la couleur de peau, de l'origine nationale, de la religion, du statut social ou d'immigrant, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre, de l'affiliation conjugale, du handicap physique ou mental.

L'octroi d'une aide financière (a) peut être subordonné à la volonté du patient de faire une demande auprès de Medicaid ou d'autres programmes d'assurance publique auxquels le patient peut être admissible en fonction de l'évaluation d'Oneida Health, et (b) exige que le patient coopère pleinement avec les exigences de demande d'OH, y compris la divulgation d'informations personnelles, financières ou autres nécessaires à la détermination des besoins financiers..

Lors de l'examen des demandes, OH se réserve le droit de :

1. Évaluer l'admissibilité à l'aide financière à tout moment, avant ou après la prestation des services et/ou pendant le cycle de facturation et de recouvrement ;
2. Demander des demandes d'aide financière ou la confirmation des informations fournies précédemment lors de chaque visite médicale ou admission dans un établissement hospitalier d'OH ;
3. Apporter des modifications à tout aspect de la politique en cas de difficultés, au cas par cas ; et
4. Utiliser les informations provenant de ressources externes disponibles pour vérifier la taille de la famille et/ou les revenus familiaux.

### **B. Lignes directrices pour l'aide financière aux patients**

L'admissibilité à l'aide financière est basée sur le revenu familial actuel et est accessible aux personnes dont le revenu familial ne dépasse pas 400 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté (LFP) en vigueur. Le revenu familial maximal actuel pour l'aide financière est indiqué dans le tableau ci-dessous à titre indicatif.

<b>Taille du ménage / de la famille</b>	<b>Revenu familial maximal (400 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté de 2025)*</b>
1	\$63,840
2	\$86,560
3	\$109,280
4	\$132,000
5	\$154,720
6	\$177,440
7	\$200,160

\* 2026 indiqué à titre indicatif. Montants mis à jour annuellement si nécessaire.

Les patients dont le revenu familial est inférieur ou égal à 200 % du revenu familial de référence (RPR) sont admissibles à la gratuité des soins médicaux d'urgence ou des services médicalement nécessaires.

Oneida Health utilise le RRP en vigueur au moment de l'examen de la demande pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière (voir tableau ci-dessus). Oneida Health mettra à jour les lignes directrices du RRP en fonction du RRP publié chaque année par le Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, en vigueur à compter du 1er mars ou trente (30) jours suivant la date de publication, selon la date la plus tardive.

Sous réserve de la disponibilité d'autres ressources telles que décrites dans la présente politique ou autorisées par la loi de l'État, les patients dont le revenu familial est égal ou inférieur à 400 % du FPG peuvent être admissibles à une aide financière :

1. Les patients dont le revenu familial est égal ou inférieur à 200 % du FPG peuvent bénéficier gratuitement des soins médicaux d'urgence ou des services médicalement nécessaires ; et
2. Les patients dont le revenu familial est supérieur à 200 % mais inférieur ou égal à 400 % du FPG peuvent bénéficier d'une réduction pour les soins médicaux d'urgence ou les services médicalement nécessaires, comme indiqué dans le tableau ci-dessous. Les patients admissibles à l'aide financière ne paieront pas plus que le montant de l'AGB :

<b>Revenu familial en % du revenu familial moyen</b>	<b>Responsabilité des patients non assurés (% de l'AGB)</b>	<b>Responsabilité du patient sous-assuré (% de la participation aux coûts du patient)</b>
<b>200% or less</b>	\$0	\$0
<b>201% to 250%</b>	5%	5%
<b>251% to 300%</b>	10%	10%
<b>301% to 350%</b>	15%	15%
<b>351% to 400%</b>	20%	20%
<b>401% to 500%</b>	100%	100%

L'AGB est calculé par Oneida Health selon les tarifs Medicaid sur une base rétrospective, telle que définie par l'article 1.501(r)-5 de la réglementation du Département du Trésor, pour tous ses établissements hospitaliers exonérés d'impôt. L'AGB des services fournis par les médecins employés par Oneida Health dans ses établissements hospitaliers est calculé selon une base rétrospective, en utilisant les tarifs Medicare.

Des informations complémentaires concernant les pourcentages d'AGB actuellement utilisés par Oneida Health, ainsi que la méthode de calcul de ces pourcentages, sont disponibles gratuitement sur demande en contactant un représentant du service client aux numéros de téléphone et adresses indiqués ci-dessous à la section J de la présente politique.

<b>Pourcentage du revenu par rapport au seuil de pauvreté 2025</b>							
<b>Taille du ménage</b>	100%	133%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$15,960	\$21,227	\$23,940	\$31,920	\$39,900	\$47,880	\$63,840
2	\$21,640	\$28,781	\$32,460	\$43,280	\$54,100	\$64,920	\$86,560
3	\$27,320	\$36,336	\$40,980	\$54,640	\$68,300	\$81,960	\$109,280
4	\$33,000	\$43,890	\$49,500	\$66,000	\$82,500	\$99,000	\$132,000
5	\$38,680	\$51,444	\$58,020	\$77,360	\$96,700	\$116,040	\$154,720
6	\$44,360	\$58,999	\$66,540	\$88,720	\$110,900	\$133,080	\$177,440
7	\$50,040	\$66,553	\$75,060	\$100,080	\$125,100	\$150,120	\$200,160

### **C. Services médicaux applicables en vertu de la politique d'aide financière de l'OH**

1. Soins médicaux d'urgence, y compris les patients qui se présentent dans un établissement de santé (y compris les transferts dans le cadre de l'EMTALA), dispensés dans un service d'urgence ; et
2. Services médicalement nécessaires.

La détermination de la nécessité médicale relève de la responsabilité du professionnel de santé prodiguant les soins, sans égard à la capacité financière du patient. L'OH ne prendra aucune mesure susceptible de dissuader les personnes de recourir aux soins médicaux d'urgence..

OH fournit des soins médicaux d'urgence, quelle que soit l'admissibilité du patient à la présente politique. OH n'exige pas des patients des services d'urgence qu'ils paient avant de recevoir un traitement pour des problèmes médicaux d'urgence et n'autorise pas les activités de recouvrement de créances aux services d'urgence ou dans d'autres services lorsque de telles activités pourraient nuire à la prestation des soins médicaux d'urgence de manière non discriminatoire.

### **D. Méthodes de demande d'aide financière et décisions**

1. Les patients sont encouragés à demander une aide financière dans les quatre-vingt-dix (90) jours suivant la date indiquée sur le premier relevé de facturation après la sortie de l'hôpital. Cependant, l'OH acceptera les demandes d'aide financière dès qu'un patient présente un solde impayé pour des soins médicaux d'urgence ou d'autres services médicalement nécessaires reçus dans un établissement hospitalier de l'OH. Un relevé de facturation est considéré comme « après la sortie » s'il est établi après que le patient a reçu des soins, en hospitalisation ou en consultation externe, et qu'il a quitté l'hôpital.
2. Les patients peuvent demander une aide financière en soumettant un dossier ou en suivant un processus interactif avec un conseiller financier. Ils doivent remplir le formulaire et fournir tous les documents requis.

Les formulaires peuvent être obtenus :

- a. En ligne à l'adresse web d'OH : <https://www.oneidahealth.org/financial-assistance/>
- b. Au bureau d'inscription principal ou aux urgences de chaque établissement d'OH ; ou
- c. En contactant le service d'assistance financière d'OH au (315) 361-2230 et en demandant à parler à un conseiller financier.

3. Les patients sont priés de soumettre leur demande par courrier ou en personne au bureau d'inscription principal de l'un de nos centres d'OH. Vous pouvez également appeler notre bureau d'aide financière pour prendre rendez-vous au (315) 361-2230.

Une fois la demande soumise, le patient peut ignorer les factures/relevés jusqu'à réception d'une notification écrite concernant l'état de sa demande. Les patients recevront une notification écrite de leur admissibilité à l'aide financière dans les trente (30) jours suivant le dépôt de leur demande. Dès réception de la demande d'aide financière, toutes les aides financières d'urgence applicables seront suspendues.

Si un patient est jugé admissible à l'aide financière, un relevé de facturation actualisé sera fourni, indiquant le montant dû, son mode de calcul et le pourcentage applicable. Tout montant payé en sus du montant dû sera remboursé en conséquence.

Toute décision d'admissibilité à l'aide financière sera communiquée par écrit. La notification de refus d'aide financière expliquera le motif du refus et les modalités de recours..

4. Si une demande incomplète est reçue, OH enverra un avis écrit décrivant les informations ou documents complémentaires requis pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière. Les patients doivent soumettre ces informations ou documents complémentaires dans les trente (30) jours suivant la notification. Le patient doit s'attendre à recevoir des avis de suivi réguliers pour toute facture impayée.

5. Les recours peuvent être déposés dans les trente (30) jours suivant la notification de la décision. Une décision concernant le recours sera rendue dans les trente (30) jours suivant la réception du recours. Les patients seront informés par écrit de l'issue de leur recours.

### **E. Documentation pour l'aide financière**

Pour que le patient puisse bénéficier d'une aide financière, il peut être demandé au patient ou à son garant de fournir tout ou partie des documents suivants :

1. Une demande ;
2. Un justificatif de domicile ;
3. Déclaration(s) de revenus de l'année précédente ;
4. Au moins deux bulletins de salaire les plus récents ;
5. Au moins trois relevés bancaires les plus récents de comptes d'épargne et de chèques ; et
6. Pour les patients sous-assurés, une preuve des frais médicaux engagés par OH dans le cadre de soins médicaux d'urgence ou d'autres services médicalement nécessaires au cours des 12 derniers mois.
  - a. Pour toute dépense médicale engagée par OH : veuillez fournir les justificatifs de ces frais.
  - b. Si vous ne pouvez pas fournir ces justificatifs, veuillez indiquer à OH le nom du lieu où vous avez reçu les services, votre date de naissance, la ou les dates approximatives de ces services et toute autre information dont vous disposez ; et
7. Autres justificatifs de revenus familiaux. If an applicant does not have any of the listed documents to prove Family Income, the applicant may call the hospital facility's financial counseling office at (315)361-2230 to determine whether other evidence may be provided to demonstrate eligibility.

L'OH peut également :

1. Prendre en compte les autres revenus du patient collectés spécifiquement pour régler ses factures médicales, dans la mesure permise par la législation fédérale et étatique applicable ; et
2. Inclure un examen des factures impayées du patient pour des services antérieurs afin de garantir que tous les soldes applicables sont évalués pour l'aide financière.

Le Bureau de l'hygiène et de la sécurité au travail ne demandera pas de documents autres que ceux indiqués dans la présente politique et dans la demande. Des services non urgents peuvent être planifiés avant de déposer une demande d'aide financière ; toutefois, une évaluation de l'admissibilité à l'aide financière est généralement requise avant d'obtenir les services.

Les demandes d'aide financière approuvées pour les patients non assurés (autres que ceux ayant épuisé leurs prestations d'assurance maladie) resteront valables douze mois et pourront être utilisées pour déterminer l'admissibilité aux services ultérieurs. Les décisions d'aide financière pourront être réévaluées à tout moment si les informations relatives à l'admissibilité du patient à l'aide financière changent au cours de ces douze mois.

L'aide financière sera appliquée, aux niveaux approuvés, à tout compte impayé du patient pour des soins médicaux d'urgence ou d'autres services médicalement nécessaires.

### **F. Admissibilité présumée à l'aide financière**

Il peut arriver qu'un patient bénéficie de réductions sur l'aide financière si lui-même ou son garant ne contacte pas Oneida Health pendant la facturation et le recouvrement, malgré les efforts habituels de Oneida Health. Dans ce cas, Oneida Health peut procéder à des vérifications de solvabilité sans incidence sur la solvabilité du patient ni sur

sa capacité à obtenir un crédit futur, afin de déterminer son admissibilité présumée à l'aide financière. Une fois l'admissibilité présumée à l'aide financière, le patient peut bénéficier d'une réduction sur le solde de son compte. Si un patient est présumé admissible à une aide financière, Oneida Health l'informerá par écrit des motifs de la réduction d'aide financière et des modalités de dépôt d'une demande d'aide financière complémentaire. Une copie du formulaire PLS lui sera également remise.

### **G. Communication du programme d'aide financière aux patients et au public**

OH diffuse des avis publics concernant la disponibilité de l'aide financière par divers moyens, notamment, le cas échéant, des avis sur les factures des patients, dans les services d'urgence, d'admission et d'inscription, les bureaux administratifs des hôpitaux, les cliniques et le bureau de conseil financier aux patients. Ces informations sont également publiées sur les sites web des établissements hospitaliers d'OH. OH fournit également des résumés du programme d'aide financière aux organismes publics locaux et aux organismes à but non lucratif qui répondent aux besoins de santé des populations à faibles revenus de la communauté. OH informera les patients par écrit, en termes clairs et visibles, qu'OH propose des services à tarif réduit aux patients jugés admissibles en raison de leurs besoins financiers, qu'ils soient assurés ou non, et fournira un lien vers le formulaire de demande, ainsi qu'un numéro de téléphone gratuit qu'ils pourront appeler pour obtenir de l'aide.

L'orientation des patients vers une aide financière peut être effectuée par tout membre du personnel d'OH ou du personnel médical, notamment les médecins, les infirmières, les conseillers financiers, les travailleurs sociaux, les gestionnaires de cas, les aumôniers et les parrains religieux. Une demande d'aide financière peut être formulée par le patient lui-même, un membre de sa famille, un ami proche ou un associé, sous réserve des lois applicables en matière de confidentialité. OH s'efforcera de contacter les patients non assurés, pendant leur séjour à l'hôpital, avant leur sortie, afin de leur fournir des conseils financiers, notamment des informations sur les programmes de remboursement et l'aide financière.

La demande et le PLS sont disponibles en anglais et dans les langues préférées. OH s'engage à garantir l'exactitude de toutes les traductions.

OH fournira également des services d'interprétation gratuits à toute personne qui en a besoin, y compris les personnes parlant des langues dans lesquelles la demande et le PLS ne sont pas traduits, ayant des difficultés de lecture ou souffrant de déficiences visuelles et/ou auditives. OH veillera à ce que les patients soient informés de ce service dès qu'un membre du personnel constate qu'ils pourraient en bénéficier.

Les patients seront informés par écrit de la disponibilité de l'aide financière lors des processus d'inscription, de sortie et de conseil financier, dans la langue de leur choix. Le PLS sera proposé à tous les patients lors de leur admission..

### **H. Politiques de facturation et de recouvrement**

Les mesures que l'OH peut prendre en cas de non-paiement sont décrites dans une politique de recouvrement distincte. Cette politique comprend également des informations sur les mesures, les processus et les délais utilisés par l'OH pour obtenir le paiement, y compris les efforts raisonnables déployés pour déterminer l'admissibilité d'une personne à la présente politique d'aide financière avant d'engager une procédure d'aide financière d'urgence. La politique de recouvrement inclut également des informations sur le bureau ou les personnes qui ont la responsabilité finale de déterminer si l'OH a déployé des efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité d'une personne à l'aide financière et peuvent donc engager une procédure d'aide financière d'urgence à son encontre. Cette politique de recouvrement est publiée sur le site web d'OH, accessible à l'adresse <https://www.oneidahealth.org/patients-visitors/>. Vous pouvez également la consulter en version papier sur demande en personne ou par courrier en contactant le bureau commercial d'OH concerné au (315) 361-2087.

## **I. Exigences réglementaires**

Oneida Health se conformera à toutes les lois, règles et réglementations fédérales, étatiques et locales applicables aux activités menées conformément à la présente Politique.

## **J. Bureaux de conseil financier d'Oneida Health**

Pour plus d'informations sur l'aide financière proposée par Oneida Health, ou pour obtenir de l'aide pour déposer une demande d'aide financière, les patients peuvent nous contacter aux adresses ou numéros de téléphone indiqués ci-dessous.

- Oneida Health
- Service d'aide financière
- 315-361-2230
- 7840 Oxbow Road, Canastota, NY 13202

Politique d'aide financière d'Oneida Health

### **Autres politiques/procédures connexes :**

### **Politique précédente :**

**Références : Article 501(r) du Code de l'IRS, en vigueur depuis 2016, article 2807-k de la loi sur la santé publique de l'État de New York ; article 180-c de la loi sur la santé publique ; articles 359-g et 519-a du droit général des affaires.**

**Normes :**

**Formulaires : Résumé de l'aide financière en langage clair (01242)**

**Demande d'aide financière (01913)**

**Paieement des soins – Services contractuels (01519)**

**Approbation : Comité de conformité de l'OH, Comité des finances du Conseil d'administration**

## Annexe 1

### DÉFINITIONS

**Montant généralement facturé (« MFR ») :** Montants généralement facturés pour les soins médicaux d'urgence ou autres services médicalement nécessaires aux personnes assurées couvrant ces soins, déterminés en multipliant les frais bruts des soins par le pourcentage MFR.

**Pourcentage(s) MFR :** Montant obtenu selon la méthode rétrospective, telle que définie à l'article 1.501(r)-5 de la réglementation du Département du Trésor, pour tout soin médical d'urgence ou autre service médicalement nécessaire.

**Demande :** Demande d'aide financière ou de réduction des tarifs cliniques, selon le cas, soumise sur papier, par voie électronique ou par entretien téléphonique.

**Partage des coûts :** Montant total dû par un patient sous-assuré après application de sa couverture d'assurance, incluant, sans s'y limiter, les franchises, les quotes-parts, la coassurance et le solde après assurance.

**Soins médicaux d'urgence :** Services de santé qu'un hôpital ou un médecin, faisant preuve de prudence clinique, fournirait à un patient présentant une urgence médicale.

**Urgences médicales :** Au sens de l'article 1867 de la loi sur la sécurité sociale (42 U.S. 1395dd), également connue sous le nom de loi sur le traitement médical d'urgence et le travail actif (« EMTALA »), une urgence médicale se manifeste par des symptômes aigus d'une gravité telle que l'absence de soins médicaux immédiats pourrait raisonnablement entraîner : (i) une grave atteinte à la santé de la personne ; (ii) une altération grave des fonctions corporelles ; ou (iii) un dysfonctionnement grave d'un organe. L'EMTALA définit également une urgence médicale comme incluant une femme enceinte présentant des contractions.

**Action de recouvrement extraordinaire (« ECA ») :** Actions de recouvrement nécessitant une procédure légale ou judiciaire qu'Oneida Health peut entreprendre conformément à l'article 1.501(r)-6 de la réglementation du Département du Trésor pour obtenir le paiement d'une facture de soins, notamment (1) l'engagement d'une action civile contre une personne ; (2) la constitution d'un privilège sur les biens d'une personne autres que sa résidence principale ; et (3) la saisie du compte bancaire ou de tout autre bien personnel d'une personne.

**Famille :** Groupe de deux personnes ou plus résidant ensemble et apparentées par la naissance, le mariage (y compris le concubinage) ou l'adoption. Si le patient déclare une personne à charge dans sa déclaration de revenus, celle-ci peut être considérée comme une personne à charge aux fins de la présente politique. Oneida Health se réserve le droit de valider la responsabilité financière de tout membre de la famille mentionné.

**Revenu familial :** Le revenu familial comprend les salaires, les indemnités de chômage, les indemnités d'accident du travail, la sécurité sociale, le revenu supplémentaire de sécurité, l'aide sociale, les indemnités d'ancien combattant, les prestations de survivant, les pensions ou revenus de retraite, les loyers fonciers, les bénéfices et honoraires de leur propre entreprise, les intérêts, les dividendes, les loyers, les redevances, les revenus de successions, les fiducies, les pensions alimentaires, les pensions alimentaires pour enfants et autres sources diverses. Le revenu familial est déterminé avant impôt et exclut les plus-values ou moins-values. Si une personne vit avec une famille, les revenus de tous les membres de la famille peuvent être pris en compte (les membres du foyer sans lien de parenté ne sont pas pris en compte). Les avantages non pécuniaires, tels que les bons d'alimentation et les aides au logement, ne sont pas considérés comme des revenus.

**Aide financière :** La réduction offerte par Oneida Health aux personnes qui n'ont pas les moyens de payer les soins médicaux d'urgence ou autres services médicalement nécessaires reçus conformément à la présente politique.

**Frais bruts :** Le montant total des frais de soins et autres services fournis par une entité Oneida Health, calculé selon les tarifs établis, avant déduction du montant total.

**Garant :** La personne responsable du paiement d'une facture. Le garant est toujours le patient, sauf s'il s'agit d'un adulte incapable ou d'un mineur non émancipé (de moins de 18 ans), auquel cas il s'agit du parent ou du tuteur légal du patient.

**Services médicalement nécessaires :** Services de soins de santé qu'un médecin, exerçant un jugement clinique prudent, fournirait à un patient dans le but d'évaluer, de diagnostiquer ou de traiter une maladie, une blessure, une

affection ou ses symptômes, et qui sont : (a) conformes aux normes généralement acceptées de la pratique médicale; (b) cliniquement appropriés; et (c) pas principalement destinés à la commodité du patient.

**Résumé en langage clair de la politique (« PLS ») :** Une déclaration écrite qui informe une personne que l'établissement hospitalier offre une aide financière et la réduction de l'échelle mobile des frais de clinique et fournit les informations suivantes dans un langage clair, concis et facile à comprendre dans le but que la plus grande partie possible (étant donné le sujet et le contenu du document) soit rédigée à un niveau de lecture de cinquième année :

1. Une brève description des conditions d'admissibilité et de l'aide offerte en vertu de la Politique ;
2. Un bref résumé de la procédure de demande d'aide en vertu de la Politique ;
3. L'adresse du site web (ou URL) et les adresses physiques où la personne peut obtenir des exemplaires de la Politique et du formulaire de demande ;
4. Des instructions sur la manière d'obtenir gratuitement un exemplaire de la Politique et de la Demande applicable par courrier ;
5. Les coordonnées, y compris le numéro de téléphone et l'adresse physique, du bureau ou du service de l'établissement hospitalier pouvant fournir des informations sur la Politique et une assistance pour le processus de demande ;
6. Une déclaration sur la disponibilité de traductions de la Politique, de la Demande et du Sommaire en langage clair (« SLC ») dans d'autres langues, le cas échéant ; et
7. Une déclaration indiquant qu'une personne admissible à l'aide financière ne peut se voir facturer un montant supérieur à l'AGB pour les soins médicaux d'urgence ou autres services médicalement nécessaires.

**Langues préférées :** Langues (a) utilisées pour communiquer, pendant au moins cinq pour cent des visites de patients au cours d'une année, par des patients qui ne peuvent pas parler, lire, écrire ou comprendre l'anglais au niveau de compétence nécessaire pour une communication efficace avec les prestataires de soins de santé, ou (b) parlées par des personnes non anglophones comprenant le moindre de (i) 1 000 résidents ou (ii) plus d'un pour cent de la population de la zone de service hospitalier principal.

**Sous-assuré :** Le patient n'est pas non assuré et a engagé des frais médicaux personnels au cours des 12 derniers mois pour des soins médicaux d'urgence ou d'autres services médicalement nécessaires, dont le montant dépasse 10 % de son revenu annuel brut.

**Non assuré :** Le patient ne bénéficie d'aucune assurance maladie ni d'aucune assistance d'un tiers pour l'aider à honorer ses obligations de paiement liées aux soins de santé, ou il a épuisé ses prestations d'assurance maladie et peut démontrer son incapacité à payer l'intégralité des frais selon les critères d'éligibilité de la présente police.