



<b>Dépt. Responsable:</b>	<b>Admissions</b>	
<b>Politique numéro:</b>	<b>ADMS-009</b>	
<b>Nom de la politique:</b>	<b>Bienfaisance</b>	
Date de révision:	14/05/2019	
Date d'examen:	28//06/2016; 21/06/2018; 14/05/2019	
Remplace la politique en date du:	01/06/2013	
Total des pages:	11	Pièces jointes: 2

## PORTEE

S'applique à tous les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires fournis par le Heart Hospital of Lafayette (HHL).

## OBJECTIF

La présente politique d'aide financière (PAF) a pour objet de préciser :

- Les critères d'éligibilité à l'aide financière sous forme de soins gratuits ;
- Comment faire une demande d'aide financière ;
- Comment l'hôpital calcule les montants facturés aux patients ;
- Comment la PAF est largement annoncée dans la communauté desservie par l'hôpital ;
- Quelles actions l'hôpital peut-il entreprendre en cas de non-paiement, et
- La conformité aux lois et réglementations nationales et fédérales.

## POLITIQUE

HHL s'est engagé à fournir une assistance financière aux personnes ayant des besoins en soins de santé, non assurées ou sous-assurées, pour des soins médicalement nécessaires fondés sur leur situation financière individuelle. HHL s'efforce de faire en sorte que la capacité financière des personnes ayant besoin de services de soins de santé ne les empêche pas de rechercher ou de recevoir des soins.

1. Pour **déterminer** si une personne est admissible à l'aide financière, la **personne doit faire une demande** d'aide financière. Cette PAF décrit la procédure à suivre pour présenter une demande et spécifie les critères d'éligibilité auxquels une personne doit satisfaire pour pouvoir bénéficier d'une aide financière. L'information et la **documentation requise** à soumettre dans le cadre de la demande de PAF est également définie dans la présente PAF.
2. Cette PAF **s'applique à tous les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires fourni par HHL** pour le diagnostic et le traitement d'une maladie ou d'une blessure. L'hôpital déterminera si un service est admissible à une aide financière. Les services spécifiquement **exclus** comprennent, sans toutefois s'y limiter, ce qui suit:
  - a) Les soins qui ne sont pas médicalement nécessaires, y compris mais non limités à
    - i. Procédures esthétiques telles que l'augmentation mammaire, l'abdominoplastie, les injections de Botox, la blépharoplastie, les peelings chimiques, l'élimination d'acrochordons, les produits de comblement dermique, la sclérothérapie et les traitements dermatologiques au laser.
    - ii. Procédures dentaires cosmétiques

- iii. Chirurgie bariatrique
  - iv. Circoncision
  - v. Tests génétiques
  - vi. Thérapie de substitution hormonale
  - vii. Thérapie Stretta
- b) Objets personnels fournis pendant un séjour hospitalier, par exemple des plateaux invités, des chambres privées qui ne sont pas médicalement nécessaires.
  - c) Les frais résultant de procédures non couvertes par une assurance responsabilité civile, bien qu'ils soient médicalement nécessaires, du fait que le patient n'a pas suivi les directives du payeur d'assurance lorsqu'un patient a sciemment reçu des services dans un hôpital non conventionné.
  - d) Accidents de la route impliquant une responsabilité civile pour le paiement de frais d'hospitalisation (par exemple, impliquant des patients sans assurance soins de santé).
3. Les **services professionnels** fournis par des médecins traitants, des assistants médicaux ou des cliniciens de pratique avancée du service des urgences et de tous les autres départements de l'hôpital, peuvent être couverts ou non par la présente PAF. Une liste des prestataires fournissant des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires dans l'hôpital est consignée dans un document distinct de la PAF et est disponible sur le site Web de l'hôpital ([www.hearthospitaloflafayette.com](http://www.hearthospitaloflafayette.com)). Les listes du site Web spécifient quels fournisseurs sont couverts par cette PAF et lesquels ne le sont pas. Les patients peuvent demander des copies papier, gratuitement, en appelant le numéro de téléphone principal de l'hôpital (337-470-1000) et en demandant le service des admissions.
  4. Si un patient a des **moyens de paiement potentiels** tels que, sans toutefois s'y limiter, le produit de l'assurance maladie ou du règlement par un tiers, le particulier peut ne pas être admissible à l'aide financière.
  5. L'aide financière n'est pas considérée comme un substitut à la responsabilité personnelle. **Les patients sont censés coopérer** avec les procédures de HHL pour obtenir une aide financière ou d'autres formes de paiement, **et contribuer** au coût de leurs soins en fonction de leur capacité individuelle à payer. Les personnes ayant la capacité financière de souscrire une assurance maladie seront encouragées à le faire.
  6. Si un candidat à la PAF est ou pourrait être éligible pour des fonds provenant de programmes locaux, régionaux ou fédéraux couvrant une partie ou la totalité des coûts des services de santé, il est attendu qu'il postule pour de tels programmes avant qu'une décision d'éligibilité ne soit prise en vertu de cette PAF. L'aide financière est généralement le **payeur de dernier recours** à toutes les autres ressources financières disponibles pour le patient, notamment: les assurances; les programmes gouvernementaux, tels que, sans toutefois s'y limiter, les prestations d'assistance médicale, Medicare et Medicaid; responsabilité civile; et les avoirs personnels, y compris les avoirs liquides existants. L'hôpital fournira une assistance aux personnes qui postulent à des programmes gouvernementaux.
  7. L'hôpital ne refusera pas l'aide financière au titre de la présente PAF en raison du défaut du demandeur de fournir des informations ou des documents que l'hôpital ne spécifie pas dans la présente PAF ni dans le formulaire de demande de la PAF. L'hôpital informera la personne

par écrit de la décision concernant son admissibilité en vertu de la présente PAF et du fondement de la décision.

8. La documentation pour l'aide financière obtenue des patients sera sécurisée; l'accès à cette documentation sera limité aux éléments essentiels du processus d'aide financière.
9. Les mesures que l'hôpital peut prendre en cas de non-paiement sont décrites de manière générale dans la présente PAF. **L'hôpital déploiera des efforts raisonnables pour déterminer si une personne est admissible à une assistance en vertu de la présente PAF avant de prendre part à une action de recouvrement extraordinaire (ARE).** Après avoir déterminé l'éligibilité à la PAF, les personnes éligibles à la PAF ne se verront pas facturer davantage pour les soins d'urgence ou les soins médicalement nécessaires que les montants généralement facturés (MGF) aux personnes ayant souscrit une assurance couvrant ces soins.
10. Le calcul des **montants généralement facturés (MGF)** sera effectué annuellement. Tout changement nécessaire sera mis en œuvre dans les 120 jours suivant le calcul. L'hôpital limitera les montants qu'il facture pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires fournis aux personnes admissibles à l'aide financière aux montants moyens généralement facturés pour les patients assurés sur le plan commercial et les patients de Medicare. Les MGF sont déterminés en multipliant les charges brutes pour les soins éligibles par un pourcentage des MGF. Le pourcentage des MGF est basé sur toutes les demandes autorisées par Medicare et les assureurs privés sur une période spécifiée de 12 mois, divisé par les charges brutes associées à ces demandes. Des copies écrites du pourcentage des MGF actuellement utilisé peuvent être obtenues gratuitement en appelant le numéro de téléphone principal (337) 470-1000.
11. Des **notifications** à propos des programmes d'aide financière de HHL seront diffusées par divers moyens, notamment la publication d'avis dans les factures des patients, l'affichage dans les salles d'urgence et dans les zones d'admission, ainsi que dans d'autres lieux publics choisis par HHL. HHL publiera et annoncera également largement sur les sites Web des établissements ce qui suit: la présente politique d'aide financière, un résumé en langage clair de la politique et de la demande d'aide financière. Ces documents doivent être fournis dans les langues principales parlées par les populations à compétence limitée en anglais desservies par HHL. Des copies papier de ces documents seront fournies aux patients dans la salle des urgences et d'autres zones d'admission sur demande et par courrier.
12. La direction et les installations de HHL doivent se **conformer à** tous les autres **lois, règles et règlements des** gouvernements fédéral, étatiques et locaux pouvant s'appliquer aux activités menées conformément à la présente politique.

## **PROCESSUS DE CANDIDATURE**

1. Remplir, signer et soumettre une demande d'aide financière, ainsi que soumettre les documents requis énoncés dans la présente politique, est nécessaire pour déterminer si une personne est admissible à l'aide financière. Les candidatures sont disponibles dans tous les départements d'admission et sur le site Web de l'hôpital. Les instructions pour retourner la demande dûment remplie sont détaillées dans la demande d'aide financière.

2. La disponibilité de l'aide financière sera annoncée aux patients lors de l'admission ou de la sortie. Les conseillers financiers sélectionneront les patients intéressés et aideront à remplir la demande d'aide financière. Des conseillers financiers sont disponibles à l'hôpital, au service des admissions, pour vous aider à remplir la demande ou à répondre à toute question concernant cette PAF. Le service des admissions de chaque hôpital est accessible en suivant les indications clairement indiquées sur les voies publiques de l'hôpital.
3. Le patient ou son garant sont tenus de fournir des documents personnels, financiers et autres documents pertinents permettant de déterminer le besoin financier **dans les trente (30) jours** suivant la demande d'aide. Le demandeur doit fournir les informations demandées concernant le patient, le conjoint, les membres de la famille qui résident ensemble et les personnes à charge déclarées sur la même déclaration de revenus. **Les demandes ne répondant pas à ces conditions peuvent être renvoyées au demandeur ou considérées comme refusées.** .
4. Une personne non assurée qui omet de fournir les informations nécessaires à une détermination précise est présumée être en mesure de payer la totalité des frais pour les services rendus et sera tenue de verser un acompte égal aux charges brutes multipliées par le pourcentage MGF qui s'applique à l'hôpital dans les cas suivants: les services seront rendus ou reprogrammés (dans les cas non urgents uniquement). Si la personne non assurée a commencé le processus d'aide financière, mais ne l'a pas encore complété, elle sera tenue de payer un **dépôt standard** non remboursable (voir *Addendum B* pour les dépôts standard pour l'hôpital) ou être reprogrammée lorsqu'un dépôt peut être payé ou que des informations peuvent être fournies pour compléter la demande de PAF (dans les cas non urgents).
5. Bien que les demandes puissent être refusées si elles ne sont pas terminées dans les 30 jours, elles seront rouvertes et réexaminées si le patient nous contacte et demande à être réexaminé dans les 240 jours suivant la facturation après le congé.

### **DÉTERMINATION DE L'AIDE FINANCIÈRE**

1. L'aide financière sera déterminée conformément à des procédures qui impliquent une **évaluation individuelle des besoins financiers** et peut:
  - a) Inclure l'utilisation de sources de données externes publiquement disponibles qui fournissent des informations sur la capacité de payer du patient ou de son garant (telles que la notation de crédit);
  - b) Inclure des efforts raisonnables déployés par HHL pour explorer d'autres sources de paiement appropriées et la couverture offerte par les programmes de paiement publics et privés, et pour aider les patients à postuler à ces programmes;
  - c) Prendre en compte les avoirs disponibles du patient et toutes les autres ressources financières disponibles pour le patient.
2. **La vérification du revenu est requise** pour toute demande d'aide financière. Les documents suivants doivent être fournis :
  - a) Une demande d'aide financière dûment remplie
  - b) Pièce d'identité avec photo

- c) Les déclarations de revenus les plus récentes pour le patient/garant, les membres de la famille vivant dans la maison et les personnes à charge déclarées dans la déclaration de revenus du patient/garant. Si le patient/garant n'est pas tenu de remplir une déclaration d'impôts fédérale (en raison d'un faible revenu ou de l'absence de revenu), une déclaration du fisc est requise.
- d) Preuve des revenus pour le patient/garant, les membres de la famille vivant dans la maison et les personnes à charge déclarées dans la déclaration de revenus du patient/garant.
  - i. Si employé: 3 derniers bulletins de paie, relevés bancaires des 3 derniers mois, derniers W-2 disponibles.
  - ii. Si travailleur indépendant: compte de résultat mensuel pour travailleur indépendant ou copie du résumé du grand livre général/compte courant de l'entreprise.
  - iii. Si non employé: une copie des informations sur les prestations de sécurité sociale invalidité, autres revenus/prestations de la sécurité sociale, 1099R, pension, assistance publique, indemnisation du travailleur, fonds en fiducie, chômage, soutien militaire, pension alimentaire et pension alimentaire; contrôles d'assistance publique; chèques de retraite; et/ou une déclaration notariée de soutien.
- 3. Les demandes d'aide financière doivent être traitées rapidement et HHL doit **informer le patient ou le demandeur par écrit dans les 30 jours suivant la réception de la demande dûment remplie.**
- 4. Les déductions pour aide financière seront appliquées à la **date de signification pour laquelle la demande d'aide financière a été initiée** et pour les dates de signification futures dans les six mois suivants. REMARQUE: Une vérification de l'assurance sera effectuée pour chaque épisode de soins afin de déterminer si le patient reste non assuré.
- 5. Les patients doivent **refaire une demande** d'aide financière après la période de six mois pour laquelle la demande initiale a été approuvée.

### **ÉLIGIBILITÉ ET MONTANT DE LA RADIATION :**

L'éligibilité à la radiation est déterminée en fonction du nombre de personnes dans le ménage et du revenu familial en pourcentage du niveau fédéral de pauvreté (NFP). HHL utilisera les Lignes directrices fédérales sur la pauvreté.

1. Les patients non assurés dont le revenu familial est égal à ou **inférieur à 250%** du NFP seront admissibles à une radiation complète de tous les frais d'hospitalisation, à l'exclusion des dépôts standard versés antérieurement, dans la mesure où ils respectent les autres critères d'éligibilité énoncés dans la PAF.
2. Les patients non assurés dont le revenu familial **dépasse 250%** du NFP peuvent être admissibles à une aide médicale de **force majeure**, en fonction de la situation financière particulière du patient. Si les factures médicales du patient pour les 12 mois précédant immédiatement le traitement sont supérieures ou égales à vingt pour cent (20%) du revenu

familial annuel, le patient peut bénéficier d'une aide financière sous la forme de soins gratuits.

3. Les patients **sous-assurés** (voir la section Définitions) seront traités comme des patients **non assurés** aux fins d'aide financière.

### **AIDE FINANCIÈRE PRÉSUMÉE**

1. L'admissibilité présumée à une aide financière se produit lorsque l'hôpital utilise des informations autres que celles fournies par l'individu pour déterminer l'admissibilité à des soins gratuits. Les comptes répondant aux critères de présomption seront radiés à 100%.
2. Un patient peut être admissible à une aide financière même s'il n'a pas de formulaire d'aide financière dans son dossier, si le patient ou d'autres sources peuvent fournir des preuves suffisantes de son admissibilité par présomption. Dans ces cas, l'activité de recouvrement (conformément aux actions décrites dans la section V ci-dessous) se poursuivra pendant l'exécution de la diligence raisonnable ou jusqu'à ce que le compte du patient soit examiné. Une liste des informations obtenues d'autres sources est incluse dans l'*Addendum A*.
3. Un système de notation peut également être utilisé pour déterminer si un patient est éligible à une aide financière présumée. Le système de notation est similaire à la notation de crédit et est produit par un fournisseur approuvé par HHL. Seuls les comptes qui se situent en dessous du minimum requis par le système de notation seront pris en compte pour une aide financière présumée. Si un patient se voit refuser une aide financière pour non-conformité ou si un revenu a été découvert, il/elle ne sera pas éligible à une radiation pour aide financière présumée.

### **ACTIONS DE RECOUVREMENT**

1. En cas de non-paiement de la part du patient / du garant, l'hôpital engagera des **actions de recouvrement** : envoi d'états de facturation, appel des patients pour les comptes non soldés, transfert de comptes à des agences de facturation ou de recouvrement pour suivi, et dépôt de réclamations dans les procédures de faillite. L'hôpital peut également engager des **actions de recouvrement extraordinaires (ARE)** qui comprennent les saisies de salaire, les privilèges, les déclarations à des agences de crédit extérieures, les saisies, les saisies de comptes bancaires, les saisies de biens personnels et les poursuites judiciaires.
2. L'hôpital fera des **efforts raisonnables pour** déterminer si un particulier est éligible pour recevoir des soins gratuits avant de lancer les ARE. Les efforts raisonnables comprennent:
  - a) Informer la personne de la PAF (y compris des efforts raisonnables pour la notifier oralement de la politique et de la manière d'obtenir de l'aide);
  - b) S'abstenir de toute action de recouvrement extraordinaire pendant une période d'au moins 120 jours à compter de la date à laquelle l'établissement hospitalier a fourni le premier relevé de facturation post-congé pour les soins; et

- c) Donner à la personne un avis écrit indiquant que de l'aide financière est disponible pour les personnes admissibles et l'informer (au moins 30 jours à l'avance) du type d'ARE que l'hôpital a l'intention d'initier et du délai au-delà duquel cette ARE peut être initiée. Cet avis écrit comprendra également un résumé en langage clair de la PAF.
3. Les demandes d'aide financière seront traitées **jusqu'à 240 jours après la date du premier relevé de facturation post-congé** pour les soins. L'hôpital n'a aucune obligation de traiter les demandes reçues après cette date. À la réception d'une demande en temps voulu, toute ARE déjà initiée sera temporairement suspendue pendant le traitement de la demande.
  4. Si une personne soumet une demande incomplète au cours de la période de 240 jours commençant après le premier relevé de facturation post-congé pour les soins, des efforts supplémentaires à ceux décrits ci-dessus doivent être entrepris avant que les ARE ne soient initiées ou reprises. L'hôpital informera la personne de la marche à suivre pour remplir la demande, y compris un avis écrit décrivant les informations supplémentaires requises et/ou la documentation à soumettre. La notification écrite contiendra également des coordonnées pour la manière d'obtenir plus d'informations sur le processus de la PAF et sur la manière d'obtenir de l'aide pour le processus de candidature. L'établissement hospitalier donnera à la personne une possibilité raisonnable de fournir les informations manquantes avant de lancer ou de reprendre les ARE.
  5. Une fois que la demande dûment remplie est soumise, l'hôpital la traitera dans les meilleurs délais et notifiera par écrit à la personne si elle est admissible et les bases de cette décision. L'hôpital déploiera des efforts raisonnables pour annuler les ARE engagées à l'encontre de la personne et liées à des sommes qui ne sont plus dues.
  6. HHL n'imposera d'ARE à aucun patient sans d'abord faire des efforts raisonnables pour déterminer si ce patient est éligible à une aide financière en vertu de la présente politique d'aide financière. Le responsable du service des admissions de chaque hôpital a l'autorité finale et est chargé de déterminer que des efforts raisonnables ont été déployés pour que les ARE soient alors permises.

### **DÉFINITIONS:**

Aux fins de la présente politique, les termes ci-dessous sont définis comme suit :

**Indemnité contractuelle:** La différence entre le niveau de paiement établi en vertu d'un accord contractuel avec un tiers payeur et les frais bruts du patient.

**Actions de recouvrement extraordinaires (ARE):** Les ARE s'appliquent lorsque l'établissement hospitalier a un impact sur l'établissement des rapports de crédit ou lance des procédures judiciaires telles que des privilèges, des saisies, des saisies de comptes bancaires ou de biens personnels, une saisie-arrêt de la paye et/ou une arrestation. Les ARE n'incluent pas: appeler les patients pour des comptes non soldés ; l'envoi de relevés; ou déposer une réclamation dans une procédure de faillite.

**Soins d'urgence:** Le patient nécessite une intervention médicale immédiate en raison d'une maladie grave, pouvant mettre sa vie en danger ou d'une condition potentiellement invalidante. Généralement, le patient est vu et/ou admis via la salle des urgences. Voir l'article 1867 de la loi sur la sécurité sociale (42 U.S.C. 1395dd).

**Aide financière:** Par aide financière, on entend les services médicaux fournis gratuitement aux patients non assurés ou sous-assurés et incapables de payer en fonction du niveau de revenu (selon les directives fédérales sur la pauvreté du département américain de la Santé et des Services sociaux), une analyse financière, des indicateurs démographiques et/ou d'autres besoins de soins de santé basés sur le diagnostic. L'aide financière ne comprend pas: les indemnités contractuelles provenant de programmes gouvernementaux ni les indemnités contractuelles d'assurance.

**Famille:** Selon la définition du Bureau du recensement, un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont apparentées par la naissance, le mariage ou l'adoption.

**Revenu familial:** En utilisant les directives du Bureau du recensement, on utilise ce qui suit pour calculer le revenu familial:

- Comprend les gains, les indemnités de chômage, les accidents du travail, la sécurité sociale, les revenus de sécurité supplémentaires, l'assistance publique, les paiements aux anciens combattants, les prestations au survivant, les revenus de pension ou de retraite, les intérêts, les dividendes, les loyers, les redevances, les revenus des successions, les fiducies, les aides à l'éducation, les pensions, la pension alimentaire pour les enfants, l'aide extérieure au ménage et autres sources diverses;
- Déterminé avant impôt;
- Comprend le revenu de tous les membres de la famille qui résident ensemble et des personnes à charge déclarées dans la déclaration de revenus. (Les non-parents, tels que les colocataires, ne comptent pas.)
- Pour les personnes à charge qui vivent à l'extérieur du domicile, le revenu familial doit inclure le revenu de la personne à charge, ainsi que le revenu de ceux qui le déclarent sur leur déclaration de revenus.
- Le revenu familial comprend également les ressources ou les biens facilement convertibles en espèces; y compris, mais sans s'y limiter, les comptes chèques, les comptes d'épargne, les actions, les obligations, les certificats de dépôt et les espèces. Les IRA et les 401K sont exclus jusqu'à ce que l'argent soit retiré.

**Lignes directrices fédérales sur la pauvreté:** Une simplification des seuils de pauvreté du Bureau du recensement utilisés à des fins administratives telles que la détermination de l'éligibilité financière. Chaque année, le ministère de la Santé et des Services sociaux (HHS) publie les directives dans le Registre fédéral.



**Frais bruts:** Le total des charges aux taux pleinement établis de l'hôpital pour la prestation de services de soins aux patients avant l'application des déductions.

**Soins médicalement nécessaires:** Traitement médical approprié et nécessaire au traitement des symptômes présentés, tel que défini par Medicare et les tiers payeurs.

**Aide financière présumée :** Aide octroyée sur la base d'un système de notation ou d'autres sources de données fournissant des preuves suffisantes de l'éligibilité. Un formulaire financier au dossier n'est pas nécessaire pour l'approbation de l'aide financière présumée.

**Patient non assuré:** Une personne bénéficiant de services de soins de santé qui n'a pas d'assurance soins de santé et qui ne sera admissible à aucun programme fédéral ou d'État.

**Patient sous-assuré:** Une personne bénéficiant de services de santé qui possède une assurance maladie privée, mais dont la couverture ne couvre pas les soins spécifiés. Les patients bénéficiant d'une assurance commerciale ne sont généralement pas admissibles aux radiations de l'aide financière en raison du plan de santé et des exigences légales relatives à la facturation aux patients de la totalité de leur part des coûts des services fournis. Toutefois, si la couverture par une tierce partie ne fournit pas de prestations pour les services hospitaliers en raison d'exclusions de régimes de soins de santé, de conditions préexistantes, d'une période d'attente avant l'admissibilité ou de l'épuisement des prestations, le patient peut être considéré comme non assuré et éligible pour un ajustement de l'aide financière pour les services non couverts. Ceci ne s'applique pas lorsque la couverture par une tierce partie ne fournit pas de couverture chez HHL pour des services qui seraient autrement autorisés dans le réseau de fournisseurs du payeur.

**PIÈCES JOINTES:**

**Addendum A – Aide financière présumée**

**Addendum B – Dépôts standards**

**APPROUVE PAR**

_____	_____
Rachel Hebert, Directrice financière	Date
_____	_____
Michelle Crain, Administratrice/Directrice des opérations	Date
_____	_____

---

Donna Landry, COO OLOL/Présidente du conseil  
d'administration de HHL

---

Date

## **ADDENDUM A. Aide financière présumée**

Les informations obtenues de sources autres que le patient peuvent être utilisées pour déterminer l'éligibilité présomptive. Ces informations incluent la preuve que le patient participe à un ou plusieurs des éléments suivants:

1. Programmes de prescription financés par l'État;
2. LACHIP, logement subventionné, repas scolaires gratuits ou réduits, etc. pour les enfants du patient/garant;
3. Programme de coupons alimentaires de Louisiane;
4. Programme d'État Medicaid. Pour les patients couverts par Medicaid, la détermination de l'aide financière s'appuiera sur les informations du programme Medicaid, notamment sur les éléments suivants:
  - Le patient est actuellement sous Medicaid, mais son solde est antérieur dans les 12 mois de la date d'approbation.
  - Le patient reçoit actuellement Medicaid avec des avantages limités (couvre uniquement la planification familiale)
  - Le patient est dans un hospice et n'a que Medicaid
  - Le patient a Medicaid dans un état non conventionné
  - Le patient se qualifie pour Medicaid avec une «dépense requise»
  - Le patient est éligible pour d'autres programmes d'assistance de l'État ou locaux qui ne sont pas financés (c'est-à-dire une dépense Medicaid réduite);
  - Le patient est décédé sans personne responsable ni succession. Les efforts de diligence pour vérifier les actifs de la succession doivent être documentés via le site Web approuvé de l'hôpital.

De plus, un patient peut être présumé éligible à une aide financière s'il existe une attestation indépendante et qualifiée attestant qu'il est sans abri.

**ADDENDUM B. Dépôts standards**

Hôpital	Dépôt standard pour procédure chirurgicale	Dépôt standard pour radiologie	Dépôt standard pour tous les autres services
Heart Hospital of Lafayette	\$200	\$10	\$10