

## Politique de SSM Health

### *Systeme – Administration*

#### INTITULÉ :

Opérations – Aide financière (aide caritative)

#### ÉNONCÉ DE RÉSULTAT :

La politique d'aide financière de SSM Health identifie des opportunités d'aide financière aux patients qui sont indigents sur le plan financier ou médical et démontrent une incapacité à payer les services qui leurs sont fournis personnellement, ou qui sont fournis aux personnes qu'ils ont à charge. La politique d'aide financière (FAP) fournit et établit des directives applicables à l'ensemble du système concernant l'aide financière, assurant la conformité avec toutes les directives étatiques, fédérales et règlementaires.

SSM Health s'engage à fournir une aide financière aux personnes qui ont des besoins de santé mais ne sont pas assurés ou sont sous-assurés. Conformément à sa mission qui consiste à fournir des services de santé compatissants, de haute qualité et abordables, et à défendre les personnes pauvres et défavorisées, SSM Health s'efforce de s'assurer que la capacité financière de ceux qui ont besoin de services de santé ne les empêche pas de solliciter ou de recevoir des soins. SSM Health fournira, sans discrimination, des soins d'urgence en cas d'affection médicale aux individus, indépendamment de leur éligibilité à l'aide financière ou à une aide du gouvernement.

Par conséquent, cette politique :

- Inclut des critères d'éligibilité à l'aide financière
- Décrit la base du calcul des Sommes généralement facturées (AGB) aux patients admissibles à l'aide financière en vertu de la politique
- Décrit la méthode par laquelle les patients peuvent demander l'aide financière
- Limite les sommes que l'hôpital facturera pour une urgence ou une prise en charge médicalement nécessaire d'un autre type fournie aux individus admissibles à l'aide financière à la AGB.

L'aide financière n'est pas considérée comme un substitut à la responsabilité individuelle. Il est attendu des patients qu'ils coopèrent avec les procédures de SSM Health pour l'obtention de l'assurance disponible ou d'autres formes de paiement, et de contribuer au coût de leur prise en charge selon leur capacité individuelle à payer. Les individus qui ont la capacité financière d'acheter une assurance-santé seront encouragés à le faire, pour garantir leur accès aux services de santé, pour leur état de santé personnel général, et pour la protection de leurs actifs individuels. SSM Health pourra à tout moment définir et réviser les critères déterminant l'éligibilité à l'aide financière.

Pour gérer ses ressources de manière responsable et permettre à SSM Health de fournir le niveau d'aide approprié au maximum de personnes dans le besoin, le Conseil d'administration établit les directives suivantes concernant la fourniture d'aide financière aux patients.

**CHAMP D'APPLICATION :**

Cette politique s'applique aux services fournis par les hôpitaux cités dans cette politique.

**INFORMATIONS SUR LA CONSERVATION DE FICHIERS :**

Date d'entrée en vigueur originale : 31/10/2012

Dates de modification : 7/10/2013, 15/06/2015

Dates de révision :

Auteur(s) : Michael Ayers, Directeur, Centre des services aux patients

Paul Sahney, Vice-président système, Gestion des revenus

Organisme ou personne ayant approuvé la politique pour la dernière fois : Bill Thompson

## **DÉFINITIONS :**

- I. Hôpitaux : Aux fins de la présente politique, les Hôpitaux incluent :
  - A. Missouri
    1. SSM St. Mary's Health Center
    2. SSM Cardinal Glennon Children's Hospital
    3. SSM DePaul Health Center
    4. SSM St. Clare Health Center
    5. SSM St. Joseph Hospital West
    6. SSM St. Joseph Health Center
    7. SSM St. Joseph Health Center-Wentzville
    8. St. Francis Hospital & Health Services
    9. SSM Health St. Mary's Hospital – Jefferson City
    10. SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
  - B. Oklahoma
    1. St. Anthony Hospital
    2. St. Anthony Shawnee Hospital
    3. Bone & Joint Hospital at St. Anthony
  - C. Wisconsin
    1. St. Mary's Hospital
    2. St. Clare Hospital
    3. St. Mary's Janesville Hospital
  - D. Illinois
    1. Good Samaritan Regional Health Center
    2. St. Mary's Hospital Centralia, Illinois
- II. Période de demande : Définie comme le délai fourni aux patients par l'hôpital pour compléter leur demande d'aide financière. Elle commence dès le premier jour de la fourniture de soins et s'achève le 240ème jour après que l'hôpital ait fourni à l'individu la première facture post-sortie pour les soins fournis.
- III. Zone de service admissible : La zone géographique, identifiée comme un groupe de codes postaux, dont sont originaires 75 % des patients quittant l'hôpital pour tous les établissements à l'exception de ceux situés dans l'état de l'Illinois. Pour l'Illinois, la zone géographique est définie comme l'état tout entier.
- IV. Taille de la famille : La taille de la famille est définie par le service des impôts (IRS) et correspond au nombre de personnes pour lesquelles le contribuable bénéficie d'une déduction sur sa déclaration de revenus. Si la documentation fiscale de l'IRS n'est pas disponible, la taille de la famille sera déterminée selon le nombre de membres de la famille documentés et vérifiés sur la demande d'aide financière.
- V. Revenu de la famille : Le revenu de la famille est déterminé selon la définition du Bureau du recensement, qui utilise les revenus suivants pour calculer le niveau fédéral de pauvreté (FPL) :
  - A. Inclut les revenus, allocations-chômage, indemnités d'accident du travail, indemnités de sécurité sociale, allocation supplémentaire de revenu de sécurité, aide sociale, aide aux vétérans, pension de réversion, pension ou retraite, intérêts, dividendes, loyers, redevances, revenus immobiliers, fiducies, aide scolaire, pension alimentaire, aide extérieure au foyer, et autres sources diverses ;
  - B. Les bénéfices non liquides (tels que les coupons alimentaires et allocations logement) ne comptent pas ;

- C. Déterminé sur une base avant impôts ;
  - D. Exclut les gains et pertes en capitaux ; et
  - E. Inclut les revenus de tous les membres de la famille qui sont pris en compte dans la taille de la famille. (Les personnes sans lien de parenté, comme les colocataires, ne comptent pas).
- VI. Niveau fédéral de pauvreté (FPL) : Le revenu brut minimum dont une famille a besoin pour se nourrir, se vêtir, se déplacer, se loger et pour d'autres nécessités. Il est déterminé par le département de la Santé et des Services Sociaux et est ajusté en fonction de l'inflation et rapporté chaque année sous la forme de directives en matière de pauvreté.
  - VII. Aide financière : Désigne des services de santé gratuits ou à prix réduit fournis aux personnes qui ne peuvent pas payer, en tout ou en partie, leurs créances financières relatives aux services de santé et qui remplissent les critères de la politique d'aide financière de SSM Health.
  - VIII. Indigence financière : Les personnes indigentes sur le plan financier incluent les personnes qui ne sont pas assurées ou qui sont sous-assurées et qui remplissent les critères d'éligibilité d'un établissement pour bénéficier d'une prise en charge à prix réduit, pouvant aller jusqu'à une réduction de 100 %.
  - IX. Indigence médicale : Les patients indigents sur le plan médical incluent les personnes qui encourent des frais médicaux catastrophiques et dont le paiement des factures médicales menacerait la viabilité financière du foyer. Pour obtenir le statut de patient médicalement indigent, il n'est pas nécessaire d'obtenir le statut de personne financièrement indigente. En règle générale, les personnes indigentes sur le plan médical peuvent bénéficier de réductions de leurs obligations à payer les services médicaux fournis. Le programme d'indigence médicale tient compte de la capacité du patient à payer sans liquider ses actifs essentiels pour vivre ou pour gagner sa vie, comme leur maison, voiture, affaires personnelles, etc. Tous les patients sont admissibles à demander le statut d'indigent sur le plan médical, à l'exception des patients dont le revenu est inférieur à 200 % du FPL, car ces patients sont considérés comme admissibles à l'aide financière à hauteur de 100 % selon la définition de l'indigence financière.
  - X. Médicalement nécessaires : Définis par Medicare comme les services ou fournitures raisonnables et nécessaires au diagnostic, à la prévention ou au traitement d'une maladie, blessure ou affection.
  - XI. Créances du patient : La somme qu'un patient est personnellement responsable de payer une fois que toutes les réductions disponibles, y compris la réduction pour absence d'assurance, la réduction d'aide financière et la réduction due à la limite des frais facturés aux patients conformément à la réglementation 501 (r).
  - XII. Éligibilité à l'aide caritative présomptive : SSM Health utilisera un logiciel d'analyse prédictive ou d'autres critères pour déterminer l'éligibilité d'un patient à l'aide financière dans les cas où un patient se qualifie pour l'aide financière mais n'a pas fourni la documentation nécessaire le déterminer.
  - XIII. Sous-assuré : Le patient bénéficie d'un certain niveau d'assurance ou de l'aide d'un tiers mais encourt néanmoins des frais directs au-delà de sa capacité financière.
  - XIV. Sans assurance : Le patient n'a aucun niveau d'assurance ou d'aide d'un tiers pour remplir ses obligations de paiement.

## **PROCESSUS :**

- I. Services admissibles. Aux fins de cette politique, tous les services d'urgence et médicalement nécessaires fournis par l'établissement hospitalier sont admissibles.

Les services de santé suivants ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires et ne sont pas admissibles en vertu de cette politique :

- A. Traitement cosmétique et/ou intervention sans rapport avec une malformation congénitale ou défiguration physique grave causée par une blessure ou une maladie, jugé(e) comme pas médicalement nécessaire par un médecin agréé.
  - B. Intervention bariatrique jugée non médicalement nécessaire par un médecin agréé.
  - C. Tout autre service ou intervention qu'un médecin agréé juge ne pas être médicalement nécessaire.
- II. Éligibilité à l'aide financière. L'éligibilité à l'aide financière sera considérée pour les personnes qui :
- A. Disposent d'une assurance santé limitée ou inexistante ;
  - B. Coopèrent avec les politiques et procédures de SSM Health ;
  - C. Démontrent leur nécessité financière ;
  - D. Fournissent toutes les informations demandées pour le traitement de leur demande ; et
  - E. Remboursent à l'hôpital toutes les sommes versées directement au patient par son assurance.

L'octroi de l'aide financière sera basé sur une détermination individualisée de nécessité financière, et ne tiendra pas compte de l'âge, du sexe, de la race, du statut social ou d'immigrant, de l'orientation sexuelle ou de l'appartenance religieux. Toute détermination à l'égard de l'aide financière prendra effet pendant une période de jusqu'à 6 mois à compter de la date d'approbation de la demande et inclura toutes les créances non-acquittées, y compris celles qui ont été confiées à des agences de recouvrement d'impayés.

En outre, cette politique ne s'applique pas aux patients d'origine internationale qui sont en voyage/vacances et se font soigner dans un établissement de SSM Health.

La nécessité financière et l'éligibilité à l'aide financière seront déterminées conformément aux procédures suivantes :

- A. Demande - Pour être considéré pour l'aide financière, le patient ou le garant doit compléter le formulaire de demande d'aide financière et envoyer les justificatifs requis concernant les revenus et les frais déclarés. Une demande couvrira les créances impayées pour tous les comptes ouverts au nom d'un même garant. Les demandes d'aide financière doivent être complètes et exactes et être accompagnées des justificatifs vérifiables concernant les revenus et/ou actifs ainsi que les frais inhabituels.

Les patients peuvent également soumettre une demande verbalement, soit par téléphone en s'adressant à un représentant de l'aide financière, soit en personne auprès d'un conseiller financier. Le représentant de l'aide financière ou le conseiller financier documentera les réponses du patient sur le formulaire de demande et le patient vérifiera et attestera de la véracité de toutes les informations fournies. Tous les justificatifs doivent être fournis pour que la demande soit considérée comme complète.

Les demandes ne seront pas considérées comme complètes tant que la documentation requise n'aura pas été reçue et examinée par un analyste de l'aide financière. Les demandeurs seront avisés par écrit de la décision prise pour leur demande. Le demandeur recevra un relevé de compte actualisé reflétant toute réduction octroyée au titre de l'aide financière lors de son prochain cycle de facturation habituel.

Les documents requis incluent :

1. Demande écrite/verbale dûment remplie
2. Relevés de compte/épargne des trois derniers mois
  - a. Une explication des dépôts/frais inhabituels figurant sur les relevés de compte/épargne
  - b. Les documents doivent refléter tous les dépôts.
3. Justificatifs des revenus du demandeur. Si la dernière déclaration remplie par le garant était une déclaration maritale ou conjointe, il doit également envoyer les justificatifs des revenus du conjoint.
  - a. Les justificatifs des revenus peuvent inclure (liste non exhaustive) : fiches de paie, fiches d'allocation-chômage, lettres d'attribution/chèques de la sécurité sociale, lettres d'attribution d'indemnité d'invalidité, justificatifs de pension alimentaire et justificatifs de pension de retraite.
4. Déclaration de revenus
  - a. Dernière déclaration de revenus ou lettre de non-déclaration de l'IRS. La déclaration d'impôts doit être accompagnée de tous les échéanciers (A-F) et documents (W2, 1099) justificatifs pour être considérée comme complète.
5. Lettre d'approbation/refus de Medicaid
  - a. Cette exigence s'applique uniquement si le conseiller financier de l'établissement a pré-sélectionné le patient pour l'éligibilité à Medicaid.
    - i. Si le patient est pré-sélectionné comme potentiellement admissible, il doit coopérer avec le processus de demande de Medicaid pour être admissible à l'aide financière de SSM Health.

Les documents qui sont modifiés ne seront pas acceptés.

Les documents supplémentaires qui peuvent être demandés (pour qualifier le patient à l'indigence médicale) incluent :

1. Justificatifs des dépenses mensuelles
  - a. Toutes les factures médicales, de logement et toute autre facture essentielle aux besoins vitaux.
2. Une déclaration de revenus/déclaration de soutien

- B. Demandes incomplètes – Toutes les demandes incomplètes recevront une lettre de notification détaillant les informations nécessaires pour remplir les exigences de documentation aux fins d'éligibilité. Si le demandeur envoie une documentation incomplète une seconde fois, il recevra une lettre et un appel téléphonique l'avisant que sa demande est incomplète.

Les demandes d'aide financière peuvent être renvoyées à un conseiller financier de l'établissement qui a fourni les soins, ou elles peuvent être envoyées par courrier à :

SSM Health  
Attention: Financial Assistance  
PO Box 28205  
St. Louis MO 63132  
Fax : (314) 989-6734

Les questions concernant la politique d'aide financière peuvent être adressées au service clientèle de SSM Health, 855-989-6789.

- C. Zones de service admissibles – L'éligibilité à l'aide financière peut être limitée aux résidents des zones de service admissibles des entités opérationnelles de SSM Health. Les entités opérationnelles de SSM Health peuvent limiter l'aide financière exclusivement aux zones de service admissibles si l'année passée :
1. La marge d'exploitation est négative ; ou
  2. Le coût de la prise en charge caritative en pourcentage des dépenses totales est supérieur à trois (3) pourcent.

Les entités opérationnelles de SSM Health qui satisfont ces critères doivent soumettre une demande écrite au Vice-président senior – Mission, Affaires juridiques et gouvernementales, accompagnée des données justificatives, et recevoir son approbation formelle avant d'imposer des restrictions à l'aide financière octroyée aux résidents des zones de service admissibles.

Les valeurs de SSM Health relatives à la dignité humaine et à l'intendance seront reflétées dans le processus de demande, la détermination des besoins financiers et l'octroi de l'aide financière. Les demandes d'aide financière seront traitées rapidement et SSM Health avisera le patient ou le demandeur par écrit dans un délai raisonnable suivant la réception d'une demande dûment complétée.

Chaque patient a l'opportunité de solliciter l'aide financière avant son traitement, et tout au long de la période de demande. La nécessité d'aide financière sera réévaluée à chaque fois qu'un nouveau service est fourni si la dernière évaluation financière a été réalisée plus de 6 mois auparavant, ou à chaque fois que des informations supplémentaires pertinentes à l'éligibilité du patient pour l'aide financière deviennent connues.

- III. Éligibilité à l'aide financière présomptive. SSM Health fournit une aide financière à hauteur de 100 % pour les traitements médicalement nécessaires en vertu des directives présomptives selon lesquelles le patient :
- A. N'est pas assuré et a un revenu familial estimé à moins de 200 % du FPL, et un score de crédit-santé inférieur à 620 tel que déterminé par les sources de données extérieures comme les agences de crédit ; ou
  - B. Est sans-abri ou a bénéficié d'une prise en charge dans une clinique pour sans-abris ; ou
  - C. Est décédé sans patrimoine connu ; ou
  - D. A été admis en faillite par le tribunal
- IV. Réductions pour les patients.
- A. Réductions pour absence d'assurance. SSM Health octroie une réduction sur les frais bruts à tous les patients non-assurés (Voir Annexe A).
  - B. Réductions caritatives. SSM Health octroie une réduction à titre caritatif aux patients d'après les directives relatives au niveau fédéral de pauvreté. La réduction caritative est appliquée aux créances restantes du patient après le paiement de l'assurance pour les patients assurés, et après la réduction pour absence d'assurance pour les patients non-assurés. (Voir Annexe B)
  - C. Réductions pour événement imprévisible. Les patients peuvent bénéficier d'une réduction au cas par cas d'après leur situation spécifique, notamment en cas de maladie catastrophique ou d'indigence médicale, à la discrétion de SSM Health. Dans ces cas, d'autres facteurs peuvent être pris en considération pour déterminer leur éligibilité à des services à tarif réduit ou gratuits, notamment :
    - 1. Comptes bancaires, investissements et autres actifs
    - 2. Statut professionnel et capacité de revenu
    - 3. Montant et fréquence des factures pour services de santé
    - 4. Autres obligations et dépenses financières
    - 5. En règle générale, la responsabilité financière ne dépassera pas 25 % du revenu brut de la famille.
    - 6. Attestation(s) de revenus/soutien pour déterminer le FPL, dans le cas où des documents sont manquants (« déclaration de revenus/déclaration de soutien »)
    - 7. Rapport(s) de solvabilité
- V. Somme généralement facturée (AGB)/Limite des frais. SSM Health limite la somme facturée pour les soins d'urgence et médicalement nécessaires qui sont fournis aux patients admissibles à l'aide financière en vertu de cette politique afin qu'elle ne dépasse pas les frais bruts pour la prise en charge multipliés par le pourcentage AGB. Le pourcentage AGB est déterminé selon la méthode du retour en arrière. (Voir Annexe C).
- Le pourcentage AGB est calculé par l'établissement hospitalier, au minimum une fois par an, et mis en œuvre dans un délai n'excédant pas 120 jours après la fin de la période de 12 mois utilisée ci-dessus.
- VI. Lien avec les politiques de recouvrement. Il est attendu des patients/garants qu'ils payent le solde de leur compte qui ne bénéficie pas de l'aide financière en vertu de cette politique. Les patients/garants qui ne payent pas leur solde une fois que les réductions associées ont été



appliquées seront soumis aux procédures de recouvrement normales. Veuillez consulter la politique de facturation et de recouvrement de SSM pour un calendrier complet des activités de recouvrement auxquelles un compte sera soumis. Une copie de la politique de facturation et de recouvrement de SSM pourra être obtenue sans frais en appelant le Service clientèle (855-989-6789) ou auprès d'un conseiller financier dans tout établissement local de SSM Health.

- VII. Prestataires pris en charge. Une liste des prestataires pris en charge par cette politique et de ceux qui ne le sont pas est disponible à l'adresse : <http://www.ssmhealth.com/system/exceptional-care/financial-assistance>. Toute question concernant l'inclusion ou l'exclusion de prestataires qui sont pris en charge en vertu de cette politique doit être adressée au service clientèle de SSM Health au (855) 989-6789.
- VIII. Exigences réglementaires. Dans l'application de cette politique, la direction et les établissements de SSM Health doivent se conformer à toutes les autres lois, règles et réglementations fédérales, étatiques et locales susceptibles de s'appliquer aux activités menées dans le cadre de cette politique.
- IX. Documentation  
Le Service commercial aux patients conservera des registres des demandes d'aide financière, des déterminations relatives à l'aide financière et des notifications adressées aux patients, afin de documenter la mise en œuvre équitable et cohérente de la présente politique, conformément à notre politique de rétention et de destruction des registres.
- X. Rapport annuel  
Chaque établissement devra rapporter les informations relatives à l'aide financière et aux services non pris en charge pour Medicaid et les autres programmes d'aide publique destinés aux indigents dans la documentation annuelle de divulgation et dans le logiciel CBISA (Community Benefit Inventory for Social Accountability - inventaire des bénéficiaires communautaires pour la responsabilisation sociale). Les informations à recueillir incluront :
- A. Nombre total de personnes servies
  - B. Total des frais pardonnés
  - C. Coût total de l'aide financière telle que définie dans la présente politique
  - D. Frais encourus pour la fourniture de l'aide financière

Les taxes, évaluations ou frais relatifs aux prestataires ou fonds DSH de Medicaid dans l'état concerné, sont utilisés en tout ou en partie pour compenser le coût de l'aide financière.

- XI. Questions relatives à la politique  
Si des questions opérationnelles sont soulevées quant à l'application de certaines directives contenues dans la présente politique, elles doivent être référées au Vice-président système, gestion des revenus, ou au directeur financier de l'entité ou du réseau. L'inclusion de directives supplémentaires dans les politiques d'aide financière de l'entité ou leur mise en œuvre dans le cadre de pratiques qui ne sont pas abordées dans cette politique (par ex., réduire le nombre de lits ouverts aux patients non-assurés ou restreindre le nombre de patients non-assurés et/ou de patients Medicaid à une offre de produits ou une gamme de services particuliers) doit être soumise à l'examen du Vice-président senior – Mission, Affaires juridiques et gouvernementales et référé à la Direction système pour sa considération et approbation.

## Annexe A : Réduction pour absence d'assurance

| Région            | Réduction sur les frais bruts pour absence d'assurance  |
|-------------------|---|
| Oklahoma          | 60 %  |
| Wisconsin         | 20 %  |
| Southern Illinois | 20 %  |
| Mid-Missouri      | 35 %  |
| Saint Louis       | 40 %, forfait fixe de \$600 pour les services d'urgence |

## Annexe B : Réductions caritatives

Échelle d'éligibilité variable basée sur le niveau fédéral de pauvreté pour toutes les régions à l'exception des établissements de SSM Health dans l'état de l'Oklahoma

| Niveau fédéral de pauvreté | Réduction au titre de l'aide financière |
|----------------------------|---|
| 0 % – 200 %                | 100 %                                   |
| 201 % - 250 %              | 80 %                                    |
| 251 % - 300 %              | 60%                                     |
| 301 % - 350 %              | 40%                                     |
| 351 % - 400 %              | 20 %                                    |
| Plus de 400 %              | 0 %                                     |

Échelle d'éligibilité variable basée sur le niveau fédéral de pauvreté pour les établissements de SSM Health dans l'état de l'Oklahoma

| Niveau fédéral de pauvreté | Réduction au titre de l'aide financière |
|----------------------------|---|
| 0 % - 200 %                | 100 %                                   |
| 201 % - 250 %              | 80 %                                    |
| 251 % - 300 %              | 60 %                                    |
| 301 % - 350 %              | 50 % de la somme au-delà de \$2 000     |
| 351 % - 400 %              | 20 % de la somme au-delà de \$2 000     |
| Plus de 400 %              | 0 %                                     |

### Annexe C : Limite des frais/AGB

| Hôpital   | Méthode |
|---|---------|
| SSM St. Mary's Health Center, St. Louis, MO     | 1       |
| SSM Cardinal Glennon Children's Hospital        | 1       |
| SSM DePaul Health Center                        | 1       |
| SSM St. Clare Health Center                     | 1       |
| SSM St. Joseph Hospital West                    | 1       |
| SSM St. Joseph Health Center                    | 1       |
| SSM St. Joseph Health Center-Wentzville         | 1       |
| St. Francis Hospital & Health Services          | 1       |
| SSM Health St. Mary's Hospital – Jefferson City | 1       |
| SSM Health St. Mary's Hospital – Audrain        | 1       |
| St. Anthony Hospital                            | 1       |
| St. Anthony Shawnee Hospital                    | 1       |
| Bone & Joint Hospital at St. Anthony            | 1       |
| St. Mary's Hospital Madison, WI                 | 1       |
| St. Clare Hospital Baraboo, WI                  | 1       |
| St. Mary's Janesville, WI                       | 1       |
| Good Samaritan Regional Health Center           | 1       |
| St. Mary's Hospital Centralia, Illinois         | 1       |

#### Méthodes :

1. Selon cette méthode sont prises en compte toutes les prestations payées par le système de rémunération à l'acte Medicare et par les assurances-santé privées au cours des 12 derniers mois. Pour ces prestations, la somme de tous les montants remboursables admissibles est divisée par la somme des frais bruts associés.
2. Selon cette méthode sont prises en compte toutes les prestations payées par le système de rémunération à l'acte Medicare au cours des 12 derniers mois. Pour ces prestations, la somme de tous les montants remboursables admissibles est divisée par la somme des frais bruts associés.