

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

AMITA HEALTH

OBJECTIF

L'objectif de cette Politique est de spécifier les exigences d'administration de l'Aide financière à AMITA Health.

POLITIQUE

La politique des Organisations désignées ci-dessous dans ce paragraphe (chacune étant désignées par le terme « l'Organisation ») vise à assurer une pratique socialement juste pour la fourniture de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires dans les établissements de l'Organisation. Cette politique est spécifiquement élaborée pour établir les conditions d'admissibilité à une aide financière des patients qui en ont besoin et qui bénéficient de soins de la part de l'Organisation.

Cette politique s'applique à chacune des Organisations suivantes au sein de AMITA Health :

Alexian Brothers Behavioral Health Hospital
Alexian Brothers Medical Center - Elk Grove
Holy Family Medical Center – Des Plaines
Mercy Medical Center - Aurora
Resurrection Medical Center
St. Francis Hospital - Evanston
Saint Joseph Hospital - Chicago
Saint Joseph Hospital - Elgin
Saint Joseph Medical Center - Joliet
Saints Mary and Elizabeth Medical Center
St. Alexius Medical Center - Hoffman Estates
St. Mary's Hospital - Kankakee
Pratiques médicales employées

- A. Toutes les aides financières mises en œuvre reflèteront notre engagement et notre souci de la dignité humaine et du bien commun, notre préoccupation particulière et notre solidarité vis-à-vis des personnes vivant dans la pauvreté et les personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers une justice et une gestion équitables.
- B. Cette politique s'applique à tous les soins d'urgence et à d'autres soins médicalement nécessaires fournis par l'Organisation, comme les services des médecins employés et les services de santé comportementale. Cette politique ne s'applique pas aux frais pour les soins qui ne sont pas des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires.
- C. La liste des prestataires pris en charge par la politique d'aide financière reprend la liste des prestataires dans les établissements de l'Organisation en précisant si les soins sont couverts ou non par la Politique d'aide financière.

DÉFINITIONS

Définitions spécifiques à la Politique

- A. « **501(r)** » désigne l'Article 501(r) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) accompagnée des réglementations qui en découlent.
- B. « **Montant généralement facturé** » ou « **AGB** » ou Amount Generally Billed, signifie, en ce qui concerne les soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires, le montant facturé aux personnes bénéficiaires d'une assurance couvrant les soins en question.
- C. « **Communauté** » signifie l'État de l'Illinois. « Vivre dans la Communauté », pour ce qui est des termes employés dans cette Politique, signifie être résident de l'État de l'Illinois – une personne vivant dans l'État de l'Illinois et qui a l'intention d'y résider de manière indéfinie, mais pas quelqu'un qui a établi sa résidence en Illinois afin de recevoir des subsides de santé. Un Patient sera également considéré comme étant membre de la communauté de l'Organisation si le soin d'urgence et médicalement nécessaire dont le Patient a besoin est la continuité du soin d'urgence et médicalement nécessaire reçu dans un autre établissement d'AMITA Health où le Patient a été éligible pour une aide financière pour un tel soin d'urgence et médicalement nécessaire.
- D. « **Soins d'urgence** » désigne les soins pour traiter un problème médical qui se manifeste par des symptômes aigus d'une telle gravité (y compris des douleurs intenses) que l'absence d'aide médicale immédiate pourrait entraîner une atteinte fonctionnelle grave de l'organisme, le dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie du corps, voire mettre la santé de la personne en grand danger.
- E. « **Soins médicalement nécessaires** » désigne des soins (1) appropriés, cohérents et essentiels pour la prévention, le diagnostic ou le traitement de l'état d'un patient; (2) la fourniture ou le niveau de service le plus approprié pour l'état du patient pouvant être fourni en toute sécurité; (3) non fourni principalement pour la commodité du patient, de la famille du patient, du médecin ou de la personne qui s'occupe du patient et (4) plus susceptible d'entraîner un bénéfice pour le patient plutôt qu'un préjudice. Pour que les futurs soins programmés soient qualifiables comme des « soins médicalement nécessaires » les soins et le calendrier de soins doivent être approuvés par le médecin-chef de l'Organisation (ou son représentant). La détermination des soins médicalement nécessaires doit être faite par un prestataire agréé fournissant des soins médicaux au Patient et, à la demande de l'Organisation, par le médecin chargé de l'admission, le médecin traitant et/ou le Chef de service médical ou tout autre médecin-conseil (selon le type de soins recommandés). Si les soins demandés par un Patient pris en charge par cette politique sont jugés ne pas être médicalement nécessaires par le médecin-conseil, cette décision doit être confirmée par le médecin chargé de l'admission ou du médecin-conseil.
- F. « **Organisation** » signifie AMITA Health et les entités couvertes par cette Politique d'aide financière comme définie dans la Section II ci-dessus.
- G. « **Patient** » désigne les personnes qui reçoivent des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires au sein de l'Organisation et la personne qui est financièrement responsable des soins du patient.
- H. « **Notation présumée** » correspond à l'utilisation de source tierce d'informations pouvant inclure des enregistrements publics ou d'autres moyens justes, objectifs et raisonnables d'évaluation de l'éligibilité d'un patient pour l'aide financière.
- I. « **Patient non assuré** » correspond à un patient qui n'est pas couvert par une politique d'assurance santé et n'est pas bénéficiaire d'une assurance publique ou privée, de plan de santé ou autre programme de couverture de santé, y compris des plans d'assurance de santé à forte déductibilité, des compensations de travailleur, une assurance de responsabilité d'accident ou autre

responsabilité tierce.

PROCÉDURES REQUISES

A. L'aide financière décrite dans cette section se limite aux Patients qui résident dans la Communauté :

1. Les patients dont le revenu est inférieur ou égal à 250 % du revenu du Niveau Fédéral de Pauvreté (« FPL »), auront droit à une réduction de 100 % sur la partie des frais dont le Patient est responsable suite au paiement par un assureur, le cas échéant, si ce Patient est jugé admissible en vertu de la notation présumée (décrite au paragraphe 5 ci-dessous) ou s'il soumet une demande d'aide financière (une « Demande ») au plus tard le 240e jour après la première facture de sortie du Patient et que la Demande est approuvée par l'Organisation. Le Patient aura droit à une aide financière allant jusqu'à 100 % s'il soumet la demande après le 240e jour suivant la première facture de sortie; dans ce cas, le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est alors limité au solde impayé après avoir pris en compte tout paiement effectué sur son compte. Un Patient admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés.
2. Sous réserve des autres dispositions de la présente Politique d'aide financière, les Patients non assurés dont les revenus sont supérieurs à 250 % du FPL sans en dépassent pas 600 %, bénéficieront d'une réduction dégressive sur cette partie des frais pour les services fournis. Comme condition minimale les Patients dont le revenu dépasse les 250 % du FPL, mais sans en dépasser les 400 %, bénéficieront d'une réduction à échelle variable sur la portion des frais pour les services fournis et à charge du Patient en fonction de l'explication des prestations du plan d'assurance. Ces remises s'appliquent après que le Patient a fait une demande au plus tard le 240e jour suivant la première facture de sortie du Patient et que la demande a été approuvée par l'Organisation. Le Patient sera admissible à l'aide financière sous forme de réduction à échelle variable s'il soumet la demande après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est limité au solde impayé après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du Patient. Un Patient admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés.

Le barème dégressif est le suivant :

(FPL – Federal Poverty Level Income - revenu du minimum fédéral de pauvreté)

Échelle dégressive des Patients non assurés	%
0 % - 250 % FPL	100 %
251 % - 300 % FPL	95 %
301 % - 400 % FPL	90 %
401 % - 600 % FPL	85 %

Échelle dégressive des Patients assurés	%
0 % - 250 % FPL	100 %
251 % - 300 % FPL	95 %
301 % - 400 % FPL	90 %

3. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'aide financière, un patient dont le revenu est supérieur à 600 % (pour les non assurés) et 400 % (pour les assurés) du FPL peut être éligible pour une aide financière dans le cadre d'un « Contrôle des ressources » pour une certaine remise sur les frais du patient pour les services de l'Organisation, sur la base de la dette médicale totale du patient. Un patient aura droit à une aide financière en vertu du Contrôle de ressources si sa dette médicale totale est excessive incluant une dette médicale envers les prestataires de soins de santé au sein d'AMITA Health et tout autre prestataire de soins de santé, pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, égale ou supérieure au revenu brut du ménage de ce patient. Le niveau de l'aide financière fournie en vertu du Contrôle des ressources est le même que celui accordé à un patient dont les revenus sont de 600 % (non assuré) et 400 % (assuré) du FPL en vertu du paragraphe 2 ci-dessus, si ce patient soumet une demande au plus tard le 240^e jour suivant la première facture de sortie du patient et si la demande est approuvée par l'Organisation. Le Patient sera admissible à l'aide financière sous forme de réduction après examen des ressources, s'il soumet la demande après le 240^e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est limité au solde impayé après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du Patient. Un Patient admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés. En outre, pour les patients non assurés ayant droit à une réduction dégressive comme indiqué au paragraphe 2, les recouvrements sur une période de 12 mois sont en outre plafonnés à 20 % du revenu familial du patient.
4. Un patient peut ne pas être éligible à l'aide financière décrite aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus s'il est considéré comme ayant suffisamment d'actifs pour payer conformément à un « Test d'actifs ». Le test des actifs implique une évaluation substantielle de la capacité de paiement d'un patient sur la base des catégories d'actifs mesurées dans la demande FAP. Un Patient dont les actifs dépassent 600 % du montant de son FPL peut ne pas avoir droit à une aide financière.
5. L'admissibilité à l'aide financière peut être déterminée à tout moment dans le cycle de revenus et peut inclure l'utilisation d'une évaluation de solvabilité pour un Patient ayant un solde impayé suffisant dans les 240 premiers jours suivant la première facture de sortie afin de déterminer l'admissibilité à 100 % des soins caritatifs, nonobstant le fait que le Patient n'ait pas rempli de demande d'aide financière (« demande de FAP »). Une détermination de l'admissibilité basée sur une évaluation de solvabilité ne s'applique qu'à la période de soins pour laquelle l'évaluation de solvabilité est effectuée.

Les patients répondant à un ou plusieurs des critères suivants seront présumés admissibles à une prise en charge à 100 % par une association caritative : sans-abri, décès sans succession, incapacité mentale sans personne pour agir au nom du patient, admissibilité à Medicaid, mais pas à la date du service ou pour un service non couvert, inscription à Medicaid dans un état différent où l'Organisation n'est pas et n'a pas l'intention de devenir un prestataire participant, et participation à Medicaid mais épuisement de toute limite de durée de séjour.

Les autres catégories obligatoires comprennent l'inscription aux programmes suivants : Programme de nutrition pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC); Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP); Programme de déjeuners et petits-déjeuners gratuits de l'Illinois; Programme d'assistance énergétique à domicile pour les personnes à faibles revenus (LIHEAP); inscription à un programme communautaire organisé donnant accès à des soins médicaux qui évalue et documente comme critères la situation financière limitée des personnes à faibles revenus; et obtention d'une aide financière pour les services médicaux. Dans le cas d'un Patient affilié à certains programmes d'assurance qui considèrent l'Organisation comme « hors réseau », l'Organisation pourra réduire ou refuser l'aide financière qu'elle accorderait en temps normal au Patient sur la base d'une évaluation des informations d'assurance du patient et d'autres faits et circonstances pertinents.

6. Le Patient peut faire appel de tout refus d'admissibilité à l'aide financière en fournissant des informations supplémentaires à l'Organisation dans les quatorze (14) jours civils suivant la réception de la notification de refus. Tous les recours seront examinés par l'Organisation qui formulera une décision définitive. Si la détermination finale confirme le précédent refus de l'aide financière, une notification écrite sera envoyée au Patient. La procédure à suivre par les patients et les familles pour faire appel des décisions de l'Organisation concernant l'admissibilité à l'aide financière est la suivante :

- a. Les appels doivent être initialement reçus par les Services financiers aux patients pour examen et questions de suivi, le cas échéant.
- b. Un comité se réunit ensuite chaque mois pour examiner tous les recours. La composition du comité doit comprendre des représentants des services financiers aux patients, de l'intégration des missions, de la gestion des cas/services sociaux et des finances/services financiers.

Les recours sont distribués aux membres du comité avant la réunion mensuelle du comité pour examen.
- c. Un représentant des Services financiers pour les patients doit être présent à la réunion du comité pour discuter de chaque cas et fournir des informations supplémentaires que le patient peut avoir fournies.
- d. Le comité examinera la demande effectuée de FAP en accordant une attention particulière aux informations et points supplémentaires fournis par le demandeur dans le cadre de la procédure de recours.
- e. La commission peut approuver, désapprouver ou classer le recours. La commission peut classer un recours si des informations supplémentaires sont nécessaires sur la base des questions posées lors de la discussion du recours.
- f. Les Services financiers pour les Patients communiqueront par écrit le résultat de l'appel au patient ou aux membres de sa famille.

B. Autre aide pour les patients non admissibles à l'aide financière

Les Patients qui ne sont pas admissibles à l'aide financière comme décrit ci-dessus peuvent toujours avoir recours à d'autres types d'assistance fournis par l'Organisation. Par souci d'exhaustivité, ces autres types d'assistance sont repris ici, bien qu'ils ne soient pas liés aux besoins et ne fassent pas l'objet de la Section 501(r), mais ils sont inclus ici pour faciliter la démarche au sein de la communauté desservie par l'Organisation.

1. Les Patients non assurés qui ne sont pas admissibles à une aide financière bénéficieront d'une réduction en fonction de la réduction octroyée au payeur de la part la plus élevée pour cette Organisation. Le payeur de la part la plus élevée doit représenter au moins 3 % de la population de l'Organisation mesurés en termes de volume ou de revenus bruts des patients. Si un seul payeur ne représente pas ce niveau minimum de volume, il sera procédé à la moyenne des contrats payeurs afin que les modalités de paiement utilisées pour la détermination de la moyenne de compte représentent au moins 3 % du volume des activités de l'Organisation pour l'année donnée.
2. Les Patients non assurés et assurés qui n'ont pas droit à une aide financière peuvent bénéficier d'une réduction pour paiement rapide. La réduction pour paiement rapide peut être offerte en plus de la réduction non assurée décrite dans le paragraphe précédent.

C. Limitations sur les frais des Patients admissibles à l'aide financière

1. Les Patients qui ont droit à une aide financière ne seront pas individuellement facturés un montant supérieur à l'AGB pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires ni de frais supérieurs aux frais bruts pour d'autres soins médicaux. L'organisation calcule un ou plusieurs pourcentages de l'AGB en appliquant la méthode dite « rétrospective » et en incluant le programme de « rémunération à l'acte » de Medicare ainsi que toutes les assurances de santé privées qui versent des indemnités à l'Organisation, conformément à 501(r).
2. Une copie gratuite de la description du calcul AGB et du/des pourcentage(s) peut être obtenue sur le site Internet de l'Organisation, en appelant le 888-693-2252, par courriel à amitafinancialassistance@amitahealth.org, ou par courrier à :

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

D. Souscription à l'aide financière ou à une autre aide

Un Patient peut avoir droit à l'aide financière via le système de notation présumée ou en sollicitant la souscription par l'envoi du formulaire de Demande de FAP. La demande FAP et les Instructions de demande FAP sont disponibles sur le site Internet de l'Organisation, ou au téléphone au 888-693-2252, ou par courriel à amitafinancialassistance@amitahealth.org, ou par courrier à :

AMITA Health PFS
Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

L'Organisation exigera des non-assurés de collaborer avec un conseiller financier pour présenter une demande pour Medicaid ou tout autre programme d'assistance publique, pour lequel le patient peut éventuellement prétendre à une aide financière (sauf s'il est admissible et approuvé par notation présumée). Un Patient peut se voir refuser une aide financière s'il fournit de fausses informations sur une Demande de FAP ou dans le cadre de la procédure d'admissibilité par évaluation de solvabilité, s'il refuse de céder le produit de l'assurance ou le droit d'être payé directement par une compagnie d'assurance qui pourrait être obligée de payer pour les soins fournis, ou s'il refuse de travailler avec un conseiller financier pour demander à bénéficier de Medicaid ou autres programmes d'assistance publique pour lesquels il est considéré comme potentiellement admissible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est admissible et approuvé par évaluation de solvabilité). L'Organisation peut prendre en considération une Demande de FAP remplie moins de six mois avant toute date de détermination de l'admissibilité pour prendre une décision sur l'admissibilité pour la période de soins en cours. L'Organisation ne prendra pas en considération une Demande de FAP remplie plus de six mois avant toute date de détermination de l'admissibilité.

E. Facturation et recouvrement

Les actions que l'Organisation peut entreprendre dans le cas d'un défaut de paiement sont décrites dans une politique séparée concernant la politique de facturation et de recouvrement. Une copie gratuite de la politique de facturation et de recouvrement peut être obtenue sur le site Internet de l'Organisation ou en appelant le 888-693-2252, par courriel à amitafinancialassistance@amitahealth.org, ou par courrier à :

AMITA Health PFS

Attention: Financial Assistance Department
1000 Remington Blvd., Suite 110
Bolingbrook, IL 60440

F. Interprétation

Cette politique, ainsi que toutes les procédures applicables, sont destinées à se conformer à la Section 501(r) et doivent être interprétées et appliquées conformément à celui-ci, sauf indication contraire.

RÉFÉRENCES

- a. Politique administrative de l'Ascension n°600 - Aide financière aux personnes dans le besoin
- b. Formulaire de demande d'aide financière
- c. Résumé en langue claire de la Politique d'aide financière
- d. Liste des fournisseurs couverts et non couverts par la Politique d'aide financière
- e. Montants généralement facturés