

St. Vincent Health
St. Vincent Jennings Hospital, Inc.

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE
10/01/17

POLITIQUE/PRINCIPES

Il s'agit de la politique de St. Vincent Jennings Hospital, Inc. (ici dénommée « Entreprise ») qui vise à assurer une pratique socialement juste pour fournir des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires dans les locaux de l'Entreprise. Cette politique est spécifiquement élaborée pour établir les conditions d'admissibilité à une aide financière des patients qui ont besoin d'une aide financière et qui bénéficient de soins de la part de l'Entreprise.

1. Toutes les aides financières reflèteront notre engagement et notre estime envers la dignité humaine et le bien commun de chaque personne, notre préoccupation particulière en la matière et notre solidarité envers les personnes vivant dans la pauvreté et envers d'autres personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers une notion de justice et de gérance équitables.
2. Cette politique s'applique à tous les services d'urgence et à d'autres services médicaux indispensables fournis par l'Entreprise, comme les services des médecins employés et les services de santé comportementale. Cette politique ne s'applique pas aux modalités de paiement pour des interventions non urgentes ou des soins autres que des traitements d'urgence ou tous soins médicaux indispensables.
3. La liste des prestataires couverts par la Politique d'aide financière reprend tout prestataire administrant des soins dans les locaux de l'Entreprise et précise si les soins sont couverts ou non par la Politique d'aide financière et ceux qui ne le sont pas.

DÉFINITIONS

Aux fins de la présente Politique, les définitions suivantes s'appliquent :

- Le terme « Section 501(r) » signifie la Section 501(r) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) accompagnée des réglementations qui en découlent.
- Le terme « Montant généralement facturé » ou « MGF » signifie, en ce qui concerne les soins d'urgence ou les autres soins médicaux indispensables, le montant généralement facturé aux personnes bénéficiaires d'une couverture pour de tels soins.
- Le terme « Soins d'urgence » signifie des soins pour traiter un état de santé qui se manifeste par des symptômes aigus d'une gravité suffisante (y compris une douleur sévère) tels que l'absence de soins médicaux immédiats pourraient entraîner une grave dégradation des fonctions biologiques, un grave dysfonctionnement de tout organe du corps ou d'une partie de ceux-ci ou compromettre gravement la santé de la personne.
- Le terme « Soins médicaux indispensables » signifie les soins déterminés comme étant indispensables d'un point de vue médical suite à la détermination d'un intérêt clinique de la part d'un médecin traitant. Dans le cas où des soins demandés par un Patient couvert par

cette politique sont déterminés comme étant non indispensables d'un point de vue médical par un autre médecin consulté, cette détermination doit également faire l'objet d'une confirmation par un médecin référent ou le médecin chargé de l'admission.

- Le terme « Entreprise » signifie St. Vincent Jennings Hospital, Inc.
- Le terme « Patient » signifie les personnes bénéficiaires de soins d'urgence ou d'autres soins médicaux indispensables au sein de l'Entreprise et la personne qui est financièrement responsable des soins du patient.

Aide financière fournie

1. Les patients dont le revenu est inférieur ou égal à 250 % du seuil de pauvreté (« SP ») seront admissibles à un remboursement de 100 % des soins sur la portion des frais dont le Patient est responsable après le paiement de la part de l'assureur, le cas échéant.
2. Comme condition minimale, les Patients dont le revenu dépasse les 250 % du SP, mais qui ne dépasse pas les 400 % du SP bénéficieront d'une réduction à échelle variable sur la portion des frais pour les services fournis et à charge du Patient après paiement de la part d'un assureur, le cas échéant. Un Patient admissible pour la réduction à échelle variable ne sera pas facturé plus que les frais du MGF calculés. La réduction à échelle variable est la suivante :

Tableau de calculs selon les directives HHS de 2017*							
Services hospitaliers							
Taille du foyer	FPL*	Soins caritatifs		Programme d'aide financière***			Non-assuré mais capable de payer****, **** > 400 %
		0 à 138 %	jusqu'à 250 %	jusqu'à 300 %	jusqu'à 350 %	jusqu'à 400 %	
1	\$ 12,060	\$ 16,643	\$30,150	\$36,180	\$42,210	\$48,240	
2	\$ 16,240	\$ 22,411	\$40,600	\$48,720	\$56,840	\$64,960	
3	\$ 20,420	\$ 28,180	\$51,050	\$61,260	\$71,470	\$81,680	
4	\$ 24,600	\$ 33,948	\$61,500	\$73,800	\$86,100	\$98,400	
5	\$ 28,780	\$ 39,716	\$71,950	\$86,340	\$100,730	\$115,120	
6	\$ 32,960	\$ 45,485	\$82,400	\$98,880	\$115,360	\$131,840	
7	\$ 37,140	\$ 51,253	\$92,850	\$111,420	\$129,990	\$148,560	
8**	\$ 41,320	\$ 57,022	\$103,300	\$123,960	\$144,620	\$165,280	
Classification		CCI	CC2	FAP3	FAP4	FAP5	Paiement autonome
Rabais		100%	100%	90%	80%	70%	40 %****
Application du rabais	1) L'aide financière pour les non-assurés et le rabais pour les payeurs autonomes sont basés sur le total des frais.						
	2) Le rabais pour les assurés est basé sur la responsabilité du patient ou le solde dû.						
	3) Les niveaux de revenu sont basés sur le revenu annuel du foyer.						
*Basé sur le Registre Fédéral / citation de document : Registre Fédéral Vol. 82 / 26 janvier 2017 / pgs. 8831 - 8832							
* Consulter https://www.federalregister.gov/documents/2017/01/31/2017-02076/annual-update-of-the-hhs-poverty-guidelines							
** Pour toute personne supplémentaire à 100 % du niveau de pauvreté, ajouter \$4180 (puis, au besoin, multiplier jusqu'à 400 %)							
*** Maximum dû par un patient par épisode de soins ou par compte est de 10 % du revenu brut du foyer							
**** Le rabais de paiement autonome constitue une autre aide pour les patients non admissibles à l'aide financière et n'est pas destiné à être soumis au 501(r), mais est inclus ici à des fins pratiques pour la communauté recevant les bénéficiaires.							

3. Les patients qui peuvent prouver un besoin financier et dont le revenu est supérieur à 400 % du SP peuvent être admissibles sous réserve d'un « examen des ressources »

pour certaines réductions de leurs frais concernant des services délivrés par l'Institution sur la base d'une évaluation approfondie de leur capacité de paiement. Le maximum exigible par patient par épisode de soins ou par dossier correspond à 10 % du revenu brut du ménage.

4. Pour un Patient qui participe à certains plans d'assurance qui jugent que l'Entreprise est « hors réseau », l'Entreprise peut réduire ou refuser l'aide financière qui serait sinon disponible pour le Patient sur la base de l'examen des données d'assurance du Patient ou d'autres faits et circonstances pertinents.
5. L'admissibilité à une aide financière peut être déterminée à tout moment dans le cycle des revenus et peut inclure le recours à une notation présumée afin de déterminer l'admissibilité malgré le fait qu'un candidat n'ait pas complété de demande de souscription à la PAF (« Souscription à la PAF »).
6. L'admissibilité à l'aide financière doit être déterminée pour tout solde pour lequel le patient dans le besoin financier est responsable.
7. Le processus via lequel les Patients et les familles doivent faire appel aux décisions de l'Entreprise en matière d'admissibilité à l'aide financière se déroule comme suit :
 - a. Tous les recours doivent être introduits par écrit et envoyés par courrier à l'adresse : St. Vincent Health, Vice President of Revenue Cycle, 10330 North Meridian Street, Suite 220, Indianapolis, IN 46290.
 - b. Toutes les demandes seront prises en considération par St. Vincent Health le service de remboursement à 100 % et par le comité des demandes d'aide financière ; les décisions du comité seront envoyées par écrit au Patient et à la famille qui a envoyé la demande.

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'Entreprise. 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 de la communauté servie par St. Vincent Health.

Les Patients non assurés qui ne sont pas admissibles pour une aide financière bénéficieront d'une réduction en fonction de la réduction octroyée au payeur de la part la plus élevée pour cette Entreprise. Le payeur de la part la plus élevée doit représenter au moins 3 % de la population de l'Entreprise mesurés en termes de volume ou de revenus bruts des patients. Si un seul payeur ne représente pas ce niveau minimum de volume, plus d'un contrat payeur doit être étalé afin que les modalités de paiement utilisées pour l'étalement représentent au moins 3 % du volume des activités de l'Entreprise pour l'année donnée.

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

Les patients admissibles à une aide financière ne seront pas individuellement facturés d'un montant supérieur au MGF pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicaux indispensables ni de frais supérieurs aux frais bruts pour d'autres soins médicaux. L'Entreprise calcule un ou plusieurs pourcentages de MGF en appliquant la méthode de « regard en arrière » et en incluant

l'assurance maladie et tous les assureurs de soins de santé privés qui versent des indemnités à l'Entreprise, conformément à la Section 501(r). Une copie gratuite de la description du calcul du MGF et des pourcentages est disponible auprès de en visitant le site www.stvincent.org, en vous rendant dans tout département d'enregistrement de patients ou par courriel en appelant notre Service clientèle.

Souscription à l'aide financière ou à une autre assistance

Un Patient peut se qualifier pour prétendre à l'aide financière via le système de notation présumée ou en sollicitant la souscription par l'envoi du formulaire de demande de souscription à la PAF. Un Patient peut se voir refuser une aide financière s'il fournit de fausses informations dans une demande de souscription à la PAF ou au cours du processus d'admissibilité présumée. Le formulaire de souscription à la PAF et les instructions pour le compléter sont disponibles disponible en ligne sur le site www.stvincent.org, en vous rendant dans tout département d'enregistrement de patients ou par courrier en appelant notre Service clientèle.

Les directives suivantes sont utilisées pour déterminer une admissibilité présumée :

- a) Afin d'accorder une assistance aux Patients qui ont besoin d'une aide financière, une Institution peut faire appel à un tiers pour revoir les informations du Patient afin d'évaluer son besoin financier. Cette analyse utilise un modèle prédictif reconnu dans l'industrie des soins de santé qui est basé sur des banques de données publiques. Le modèle intègre des données publiques pour calculer un score de capacité financière et socio-économique qui comprend des estimations des revenus, des biens et des liquidités. Le jeu de règles du modèle est conçu pour évaluer chaque Patient selon les mêmes normes et est proportionné par rapport aux anciennes approbations d'aide financière de l'Institution. Le modèle prédictif permet à l'Institution d'évaluer si un Patient partage les caractéristiques des autres Patients qui ont été, par le passé, qualifiés pour une aide financière en vertu de la sollicitation de la PAF.
- b) Après les efforts consentis pour confirmer la disponibilité de la couverture, le modèle prédictif permet une méthode systématique d'octroi d'une aide financière présumée aux Patients prouvant des besoins financiers appropriés. Lorsque le modèle prédictif constitue la base de l'admissibilité présumée, une réduction appropriée basée sur le score obtenu sera octroyée pour les services éligibles de manière rétrospective uniquement. Pour les patients qui ne bénéficient pas d'un remboursement de 100 %, une lettre doit être rédigée notifiant le patient du niveau d'aide financière octroyé et donnant les instructions relatives à l'appel de la décision.
- c) En plus du recours au modèle prédictif souligné ci-dessus, une aide financière présumée doit également être octroyée à hauteur de 100 % de remboursement dans les situations suivantes :
 - i) Patients décédés pour lesquels l'Institution a vérifié qu'il n'y avait aucune succession ni conjoint survivant.
 - ii) Patients éligibles à Medicaid (programme créé aux États-Unis qui a pour but de fournir une assurance maladie aux individus et aux familles à faibles revenus) dans un autre État dans lequel l'Institution ne fait pas partie des fournisseurs et n'entend pas devenir un fournisseur participant.
 - iii) Patients qualifiés pour d'autres programmes d'aide du gouvernement, comme des coupons alimentaires, un logement subventionné et un programme WIC qui s'adresse aux femmes,

aux nouveau-nés et aux enfants (programme Woman, Infants, Children aux États-Unis).

Facturation et recouvrement

Les actions que l'Entreprise peut mener dans le cas d'un défaut de paiement sont décrites dans une politique séparée concernant la facturation et le recouvrement. Une copie gratuite de la politique de facturation et de recouvrement est disponible auprès de en visitant en vous rendant dans tout département d'enregistrement de patients ou par courriel en appelant notre Service clientèle.

Interprétation

Cette politique a pour but de se conformer à la Section 501(r), sauf indication particulière. Cette politique, ainsi que toutes les procédures applicables, doivent être interprétées et appliquées conformément à la Section 501(r), sauf indication particulière.

Coordonnées de contact :

St. Vincent Jennings Hospital, Conseiller Financier : 812-352-4223
Numéro de téléphone gratuit du Service clientèle: 866-435-2078

Adresse postale :
St. Vincent Health, Customer Service Dept.
10330 North Meridian Street, Suite 200,
Indianapolis, IN 46290

Pièce A

St. Vincent Jennings Hospital

LISTE DES PRESTATAIRES COUVERTS PAR LA POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

10/01/17

Conformément au Règlement, Section 1.504(r)-4(b)(1)(iii)(F) et à l'Avis 2015-46, cette liste précise quels sont les prestataires de soins d'urgence et de soins médicaux indispensables au sein de l'établissement hospitalier qui sont couverts par la Politique d'aide financière (PAF). Les procédures non urgentes ou d'autres soins qui ne font pas partie des traitements d'urgence ou des soins médicaux indispensables ne sont pas couverts par la PAF pour n'importe quel prestataire.

<u>Fournisseurs couverts par la PAF</u>	<u>Fournisseurs non couverts par la PAF</u>
All St. Vincent Medical Group Physicians	LARISA I ALLAKHVERDOVA MD
All St. Vincent Employed Physicians	CARYN C ANDERSON MD
Indiana Physician Management, LLC.	EDWIN J APENBRINCK MD
	PETER D ARFKEN MD
	ANWAR T ASHRAF MD
	CLAYTON C BARCLAY MD
	ATUL BARRY MD
	EDWARD R BARTLEY MD
	HOMER F BELTZ MD
	ERIC E BELTZ MD
	MICHAEL MARION BERMUDEZ MD
	PARIN M BHAYANI MD
	MARTIN DEE BONNEY MD
	JANICE L BRASHEAR NP
	MARGARET A BRENGLE MD
	JUSTIN JAMES BURDICK MD
	WILLIAM D BURNETT OD
	KATHY SANDS CLARK MD
	MICHAEL S CONLEY MD
	JOSEPH R CONTARINO MD
	LEO T D'AMBROSIO MD
	TIMOTHY LLOYD DAVIS MD PHD
	KATHRYN M DAVIS NP
	RICHARD ANTHONY DE FELICE MD
	ANDREW EDWIN DICK MD
	JOSHUA D DOWELL MD
	JACK M DREW MD
	LAURA O DUGAN MD
	MARTHA J DWENGER MD

	ERIC D ELLIOTT MD
	JANALYN P FERGUSON MD
	JOHN F FIEDERLEIN MD
	ADAM J FISCH MD
	WILLIAM C FISCHER MD
	VINCENT J. L. FLANDERS MD
	WILLIAM C FREUDENTHAL MD
	STEVEN A FRITSCH MD
	MATTHEW G GENTRY MD
	JOSEPH C GEORGE MD
	DARRELL GILL DO
	ROY L GOODE MD
	BRIAN DONALD GRANER MD
	DAVID J GULLIVER MD
	THOMAS F HAGMAN MD
	RICHARD L HALLETT MD
	WARREN KENT HANSEN MD
	JOY HARRISON MD
	KIRK A HEARNE OD
	ROBIN A HELMUTH MD
	CAROLYN HERMAN MD
	CRAIG E HERRMAN MD
	JEFFREY W HILBURN MD
	KELLY K HORST MD
	GEOFFREY M HOSTA MD
	JAIMIE M HOWELL MD
	TRAVIS MATTHEW HUBBUCH DPM
	ANTHONY CHRISTOPHER ILLING MD
	JOHN M IRONS MD
	ADAM JAMES JABLONSKI MD
	THEODORE BAUER JENNERMANN MD
	MATTHEW M JONES MD
	DAVID A JOSEPHSON MD
	CARISSA L KLAAS MD
	KATHERINE T KOBZA MD
	BENJAMIN B KUZMA MD
	THEODORE P LABUS MD
	PATRICIA E LADD MD
	DEBRA ANN LADD MD
	KENT T LANCASTER MD
	CARLO R LAZZARO MD
	CHARLES A LERNER MD
	MATTHEW J LOCKER MD
	MATTHEW E LOVELL MD
	VERONICA J MARTIN MD
	MARY C MCANDREWS NP

	CYNTHIA K MCGARVEY MD
	LISA A MCHONE NP
	GORDON C MCLAUGHLIN MD
	RISHI S MHAPSEKAR MD
	JOHN MARK MICHAEL MD
	JANE S MITCHELL MD
	KUIMIL K MOHAN MD
	JOHN A MORTON MD
	JACK J MOSS MD
	CHARLES C MULRY MD
	MICHAEL E MURPHY MD
	JOSHUA S NEUCKS MD
	MICHAEL J PANKRATZ MD
	KELLIE ADRIENNE PARK MD
	ANUJ A PATEL MD
	JAMES MICHAEL PHELPS MD
	FRANK J PISTOIA MD
	KRISTOPHER R PUGH MD
	THOMAS R RADICE MD
	KELLEY L RAMEY MD
	NARAHARISSETTY ARUNA RAU MD
	MELISSA LYNN REED MD
	JEFFREY I REIDER MD
	SCOTT F ROBINSON MD
	RYAN NATHAN SAUER MD
	MICHAEL A SERMERSHEIM MD
	STEVEN R SHELTON MD
	CHRISTINA N SHINAVER MD
	EDWARD SIERRA MD
	PETER M SIMMONS MD
	MICHAEL S SKULSKI MD
	SAMUEL JOSEPH STEFFEY MD
	MATTHEW R STEINER MD
	LARRY L STOVER MD
	AUDRA L SUMMERS NP
	ANDREW J SUNDBLAD MD
	SHREY K THAWAIT MD
	DAVID M THOMPSON MD
	MARC P UNDERHILL MD
	WALTER G WARREN DPM
	LORI J WELLS MD
	MICHAEL JOSEPH WELSH MD
	BRIAN J WIEGEL MD
	STEVEN J WILLING MD
	JEFFREY ALLEN YABLONG MD
	EDWARD D ZDOBYLAK MD

