

St. Vincent Health
Naab Road Surgery Center, LLC

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE
04/01/17

POLITIQUE/PRINCIPES

Il s'agit de la politique de Naab Road Surgery Center, LLC (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 Naab Road Surgery Center, LLC.
- 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****, ****
		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 Indianapolis, Conseiller Financier : 317-338-2358
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

Naab Road Surgery Center

LISTE DES PRESTATAIRES COUVERTS PAR LA POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

04/01/17

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	BRENT BENSCOTER MD
All St. Vincent Employed Physicians	BURKE CHEGAR MD
	MARK CAIN MD
	GREG CLARK MD
	JOHN CLEARY MD
	KATE COPELAND MD
	MARK EDWARDS MD
	SCOTT FARNHAM MD
	PAUL FRASCELLA DO
	TIMOTHY GLASS MD
	SCOTT HACKETT MD
	MICHAEL HELMS DPM
	KELLIE HIGGINS DPM
	THEODORE HOLLAND MD
	TIMOTHY HUPFER MD
	JOHN ISCH MD
	DOUGLAS KADERABEK MD
	MARTIN KAEFER MD
	THOMAS LEIPZIG MD
	AARON LUDWIG MD
	SARAH LONGMIRE-COOK MD
	KENNETH NEY MD
	VINCENT OSTROWSKI MD
	NIKHIL PATEL MD
	JOHN PAYNE MD
	SCOTT PIKE MD
	GREGORY PULAWSKI MD
	JOHN RAMSEY MD
	DAVID RATZMAN MD
	RICHARD RINK MD
	DANIEL ROBINSON MD
	MICHAEL ROWE MD

	CARL SARTORIUS MD
	JOHN SCHLUETER MD
	R. THOMAS SCHMIDT MD
	WILLIAM SHIRRELL MD
	BARBARA SIWY MD
	MADALYN SQUIRES MD
	THOMAS TIGGES MD
	MARTIN WEHLAGE MD
	DERRON WILSON MD