

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

07/01/24

POLITIQUE/PRINCIPES

La politique des entreprises désignées ci-dessous dans ce paragraphe (chacune étant désignées par le terme l'« Entreprise ») vise à assurer une pratique socialement juste pour la fourniture de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement indispensables dans les locaux de l'Entreprise. Cette politique est spécifiquement élaborée pour établir les conditions d'admissibilité à une aide financière des patients ayant besoin d'une aide financière et qui bénéficient de soins de la part de l'Entreprise. Cette politique s'applique à chacune des organisations suivantes au sein d'Ascension St. Vincent :

St. Vincent Anderson Regional Hospital, Inc. d/b/a Ascension St. Vincent Anderson

1. Toutes les aides financières reflèteront notre engagement et notre estime envers la dignité humaine et le bien commun, notre préoccupation particulière 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 soins 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 frais pour les soins qui ne sont pas des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires.
3. La liste des prestataires pris en charge par la politique d'aide financière reprend la liste des prestataires dans les locaux de l'Entreprise et précise si les soins sont couverts ou non par la Politique d'aide financière.

DÉFINITIONS

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

- « **501(r)** » désigne la Section 501(r) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) accompagnée des réglementations qui en découlent.
- « **Montant généralement facturé** » ou « **Amount Generally Billed ou AGB** » signifie, en ce qui concerne les soins d'urgence ou autres soins médicaux indispensables, le montant généralement facturé aux personnes bénéficiaires d'une assurance couvrant les soins en question.
- La « **Communauté** » désigne le secteur de service principal d'Ascension St. Vincent Anderson, sans limitation, correspondant au comté de Madison, dans le centre de l'Indiana Un Patient sera également considéré comme un membre de la communauté de l'Entreprise si les soins d'urgence et médicalement nécessaires dont il a besoin sont dans la continuité des soins d'urgence et médicalement nécessaires reçus dans un autre établissement d'Ascension Health dans lequel le patient a droit à une aide financière.
- « **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.

- « **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 des « soins médicalement nécessaires », les soins et le calendrier de soins doivent être approuvés par le médecin-chef de l'Entreprise (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'Entreprise, par le médecin chargé de l'admission, le médecin référant et/ou le médecin-chef ou tout autre médecin régulateur (selon le type de soins recommandés). Dans le cas où les soins demandés par un Patient pris en charge par cette politique sont jugés ne pas être médicalement indispensables par le médecin chargé d'étudier sa demande, cette détermination doit être confirmée par le médecin à l'origine de son admission ou de la recommandation.
- « **L'Entreprise** » désigne *St. Vincent Anderson Regional Hospital, Inc. d/b/a Ascension St. Vincent Anderson*.
- « **Patient** » désigne les personnes qui reçoivent des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires au sein de l'Entreprise et la personne qui est financièrement responsable des soins du patient.

Aide financière fournie

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

1. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'assistance financière, les Patients dont le revenu est inférieur ou égal à 250 % du revenu fédéral au niveau de la pauvreté (« FPL »), seront éligibles à des soins caritatifs à 100 % sur la partie des frais de services dont le Patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si ce patient est jugé admissible en vertu de l'évaluation de solvabilité (décrite au paragraphe 5 ci-dessous), ou s'il soumet une demande d'assistance financière (une « Demande ») au plus tard le 240^e jour après la première facture de sortie du patient et que la Demande est approuvée par l'Entreprise. Le Patient aura droit à une aide financière allant jusqu'à 100 % 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 alors limité au solde impayé après avoir pris en compte tout paiement effectué sur son compte. Un Patient admissible à cette catégorie d'assistance financière ne sera pas facturé au delà des frais de l'AGB calculés.
2. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'assistance financière, les Patients dont les revenus sont supérieurs à 250 % du FPL, mais ne dépassant pas 400 % du FPL, bénéficieront d'une réduction dégressive sur la partie des frais des services fournis dont le Patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si ce Patient soumet une demande au plus tard le 240^e jour après la première facture de sortie et si la demande est approuvée par l'Entreprise. Le Patient aura droit à l'aide financière sous forme de réduction à échelle variable 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'assistance financière ne sera pas facturé au delà des frais d'AGB calculés. La réduction à échelle variable est la suivante :

Les patients entre 250 % et 300 % de FPL recevront une assistance de 90 %

Les patients entre 301 % et 350 % recevront une assistance de 80 %

Les patients entre 351 % et 400 % de FPL recevront une assistance de 75 %

3. Sous réserve d'autres dispositions de la présente politique d'assistance financière, un Patient dont le revenu est supérieur à 400 % du FPL peut être éligible à une assistance financière dans le cadre d'un « examen de ressources » pour une réduction de frais pour les services fournis par l'Entreprise sur la base de la totalité de la créance médicale du Patient. Un Patient aura droit à une aide financière après l'examen de ses ressources, s'il présente une créance médicale totale trop élevée, y compris une créance médicale envers Ascension 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 fourni dans le cadre de l'examen des ressources est le même que celui qui est accordé à un patient dont les revenus sont 400 % le FPL en vertu du paragraphe 2 ci-dessus, si ce Patient soumet une demande au plus tard le 240e jour suivant la première facture de sortie et si la demande est approuvée par l'Entreprise. Le Patient aura droit à l'aide financière sous forme de réduction après examen de ressources, 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'assistance financière ne sera pas facturé au delà des frais d'AGB calculés.
4. Un Patient peut ne pas être éligible à l'aide financière décrite aux paragraphes 1 à 3 ci-dessus si ce Patient est considéré comme ayant des actifs suffisants pour payer, suite à un « bilan des actifs ». Le bilan des actifs implique une évaluation substantielle de la capacité de paiement du Patient sur la base des catégories d'actifs mesurées dans la demande de FAP. Un Patient dont les actifs dépassent 250 % du montant de son FPL peut ne pas avoir droit à une aide financière.
5. L'éligibilité 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'éligibilité à 100 % des soins caritatifs, nonobstant le fait que le Patient n'ait pas rempli de demande d'aide financière (« demande FAP »). Si le Patient bénéficie d'une aide caritative à 100 % sans soumettre de demande FAP dûment remplie et uniquement par le biais d'une évaluation de solvabilité, le montant de l'aide financière auquel le Patient a droit est limité au solde impayé du patient, après prise en compte de tout paiement effectué sur son compte. Une détermination de l'éligibilité basée sur une évaluation de solvabilité ne s'applique qu'à la période de soins pour laquelle l'évaluation de solvabilité est effectuée.
6. Dans le cas d'un Patient affilié à certains programmes d'assurance qui considèrent l'Entreprise comme « hors réseau », l'Entreprise 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.
7. Le Patient peut faire appel de tout refus d'admissibilité à l'aide financière en fournissant des informations supplémentaires à l'Entreprise dans les quatorze (14) jours civils suivant la réception de la notification de refus. Tous les recours seront examinés par l'Entreprise qui

émettra une détermination finale. 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'Entreprise concernant l'éligibilité à l'aide financière est la suivante :

- a. Tous les recours devront être introduits par écrit, par courrier, à l'adresse suivante :
Ascension St. Vincent, Vice President of Revenue Cycle, 5763 Reliable Parkway,
Chicago, IL 60680-5763.
- b. Tous les appels seront examinés par le comité d'appel de l'aide financière de l'Entreprise, et les décisions du comité seront envoyées par écrit au Patient ou à la famille qui a déposé l'appel.

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 au sein de la communauté desservie par l'Entreprise.

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 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.
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.

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 à L'AGB 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 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'Entreprise, conformément à la Section 501(r). Un exemplaire gratuit de la description du calcul de l'AGB et des pourcentages peut être obtenu sur le site web de l'Entreprise ou par en visitant n'importe quel service d'inscription des patients ou par courrier en appelant notre service à la 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 au FAP. La demande FAP et les instructions de demande FAP sont disponibles sur le site web de l'Entreprise ou en se rendant dans n'importe quel service d'enregistrement des patients ou par courrier en appelant notre service clientèle. L'Entreprise demandera aux personnes non assurées de travailler avec un conseiller financier pour

demander à bénéficier de Medicaid ou d'autres programmes d'aide publique pour lesquels le patient est considéré comme potentiellement éligible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est éligible et approuvé par une évaluation de solvabilité). Un Patient peut se voir refuser une aide financière s'il fournit de fausses informations sur une demande FAP ou dans le cadre du processus d'éligibilité 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 éligible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est éligible et approuvé par évaluation de solvabilité). L'Entreprise peut prendre en considération une demande FAP remplie moins de six mois avant toute date de détermination de l'éligibilité pour prendre une décision sur l'éligibilité pour la période de soins en cours. L'Entreprise ne prendra pas en compte une demande FAP remplie plus de six mois avant toute date de détermination de l'éligibilité.

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. Un exemplaire gratuit de la politique de facturation et de recouvrement peut être obtenu sur le site web de l'Entreprise ou en se rendant dans n'importe quel service d'enregistrement des patients ou par courrier en appelant notre service clientèle.

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.

Ascension St. Vincent Anderson

LISTE DES PRESTATAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

07/01/24

La liste ci-dessous précise quels prestataires de soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires dispensés dans l'établissement hospitalier sont couverts par la politique d'assistance financière (FAP). ***Veillez noter que les soins qui ne sont pas des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires ne sont pas couverts par la FAP pour aucun prestataire.***

Prestataires pris en charge par le FAP

Prestataires non pris en charge par le FAP

All St. Vincent Medical Group Physicians	Muhammad Afzal MD
All St. Vincent Employed Physicians	Bianca Ainhorn MD
Madison County Emergency Physicians	Peter Arfken MD
CEP America d/b/a Vituity	Sri Alapati MD
	Hayma Al-Ghawi MD
	Peter Arfken MD
	Charles Austgen MD
	Joseph Baer MD
	Aaron Baessler MD
	Brandon Baker DPM
	Sukhminder Bhangoo MD
	Sandeep Bhave MD
	Parin Bhayani MD
	Jeffrey Blake MD
	Ted Bloch MD
	Stacie Braswell MD
	Chad Calendine MD
	James Callahan MD
	Brian Camilleri DO
	Jonathan Chae MD
	Elizabeth Chan DPM
	Marvinia Charles MD
	Usman Cheema MD
	Ryan Cieply MD
	Clare Cormier DPM
	Elizabeth Cottongim MD
	Cassey Crowell DPM
	Brent Damer DO
	Rachel Davenport MD
	Natalia Dejneka MD

	Matthew Dewitt DPM
	Ryan Dhaemers MD
	Joshua Dowell MD
	Jack Drew MD
	Tasheema Fair MD
	Kalen Farr DPM
	Sarah Filson MD
	Vincent Flanders MD
	Edgardo Flores Anticono MD
	Matthew Gillott MD
	Ravneet Grewal MD
	David Gulliver MD
	Aparajita Gupta DDS
	Dirk de Haas MD
	Thomas Hagman MD
	David Hall MD
	Syed Hasan MD
	Dan Hecimovich MD
	Robin Helmuth MD
	Arnold Herskovic MD
	Brian Hornback MD
	Kelly Horst MD
	Charles Howe MD
	Anthony Illing MD
	Ryan Jagers MD
	Joseph Jerman MD
	Preetham Jetty MD
	Regi Joseph MD
	Sunil Juthani MD
	Andrew Kapsalis DPM
	Swapna Katipally MD
	Alae Kawam DO
	Patrick Kay MD
	Michael Kellams DO
	Daniel Kim MD
	Paul Kittaka MD
	William Kopp MD
	Deepthi Kurakula MD
	Theodore Labus MD
	Chad Lamb MD

	Mark Lawlor MD
	Ching Li MD
	Michael Lisch MD
	Eva Lizer MD
	Lin Lu DO
	Matthew Locker MD
	Jon Maier MD
	Vasilis Makris MD
	David Mares MD
	Dwight Mccurdy MD
	Gordon Mclaughlin MD
	Christopher Mcpeek MD
	Michael Meng MD
	Pablo Molina MD
	Takunda Mugwisi MD
	Jennifer Muldoon MD
	Charles Mulry MD
	Bih Ndofor MD
	Rod Nisi MD
	Craig Novy MD
	Elizabeth Nowacki DO
	Marie Nowak MD
	Amy Oberhelman MD
	Daniel O'Brien DO
	Onisuru Okotie MD
	Nassim Olabi DDS
	Kevin O'Neill MD
	Christopher Pavelka DO
	Donald Perez MD
	Unnikrishnan Pillai MD
	Ronald Pieniecki MD
	Nicholas Pipito MD
	Frank Pistoia MD
	John Quiles MD
	Robert Quirey MD
	Parthiban Ramachandran MD
	Joanne Ray MD
	Andrew Ritchison MD
	Christopher Rocco MD
	David Ross MD

	Julia Ruckman-Long MD
	Richard Rust MD
	Thomas Salisbury MD
	Ahmad Saltagi MD
	Ravi Sarin MD
	Stacey Schmiedecke MD
	Agnes Schrader MD
	Scott Schulman DPM
	Teri Schulz MD
	Ashley Seidner DO
	Rachel Seltman MD
	Ubaidullah Sharief MD
	Christina Shinaver MD
	Michael Shugar MD
	Andrew Skinner MD
	Michael Skulski MD
	David Soper MD
	Gouri Sreepati MD
	Anthony Steele MD
	Larry Stover MD
	Nirmal Surtani MD
	David Sved DPM
	Minati Swofford MD
	Muhammad Tahir MD
	Chad Tarr MD
	Francesca Tekula MD
	Marshall Trusler MD
	Cynthia Tucker MD
	Jeffrey Ulrich MD
	Nyria Villarreal MD
	Khalil Wakim MD
	Lori Wanko DO
	Scott Waterman MD
	Brian Wiegel MD
	Michael Wong MD
	Lauren Yeazell MD