

Ascension St. Vincent

POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE

01/01/23

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 Entreprises suivantes au sein d'Ascension St. Vincent :

St. Vincent Fishers Hospital, Inc. d/b/a Ascension St. Vincent Fishers

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 Fishers, sans limitation, correspondant au comté de Hamilton, 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 Fishers Hospital, Inc. d/b/a Ascension St. Vincent Fishers*.
- « **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 240e 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 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'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 240e 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 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 la réduction au titre de l'« examen des moyens d'existence » ne sera pas facturé plus que les frais de l'AGB calculés. La réduction à échelle variable est la suivante :

Tableau de calculs selon les directives HHS de 2022*						
Services hospitaliers						
Taille du foyer	FPL*	Soins caritatifs		Programme d'aide financière***		
		0 à 138 %	jusqu'à 250 %	jusqu'à 300 %	jusqu'à 350 %	jusqu'à 400 %
1	\$ 13,590	\$ 18,754	\$33,975	\$40,770	\$47,565	\$54,360
2	\$ 18,310	\$ 25,268	\$45,775	\$54,930	\$64,085	\$73,240
3	\$ 23,030	\$ 31,781	\$57,575	\$69,090	\$80,605	\$92,120
4	\$ 27,750	\$ 38,295	\$69,375	\$83,250	\$97,125	\$111,000
5	\$ 32,470	\$ 44,809	\$81,175	\$97,410	\$113,645	\$129,880
6	\$ 37,190	\$ 51,322	\$92,975	\$111,570	\$130,165	\$148,760
7	\$ 41,910	\$ 57,836	\$104,775	\$125,730	\$146,685	\$167,640
8**	\$ 46,630	\$ 64,349	\$116,575	\$139,890	\$163,205	\$186,520
Classification		CCI	CC2	FAP3	FAP4	FAP5
Rabais		100%	100%	90%	80%	73%
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.					

* «Les directives sur la pauvreté mises à jour périodiquement dans le Federal Register par le Département américain de la santé et des services sociaux sous l'autorité de 42 États-Unis d'Amérique. 9902 (2). »

* Consulter <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>

** Pour toute personne supplémentaire à 100 % du niveau de pauvreté, ajouter \$4720 (puis, au besoin, multiplier jusqu'à 400 %)

***Un patient sera admissible à une assistance financière conformément à l'examen des ressources s'il a une dette médicale totale excessive, qui comprend Ascension et tout autre fournisseur de soins de santé pour les soins d'urgence et autres soins médicaux nécessaires, qui est égal ou supérieur au revenu brut du ménage de ce patient.

Le niveau d'assistance financière fournie conformément à l'examen des ressources sera accordé au niveau de la remise la plus basse (c'est-à-dire, la plus grande part de responsabilité du patient) disponible selon l'échelle variable.

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 la réduction au titre de l'« examen des moyens d'existence » ne sera pas facturé plus que les frais de l'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, 2001 W 86th St.
Indianapolis, IN 46260.
 - 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 Fishers

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

01/01/23

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	Steven Ahlfeld MD
All St. Vincent Employed Physicians	Eric Aitken MD
Indiana Physician Management – Northeast, LLC.	Leyla Akanli MD
Francisco Delgado MD	Kirk Akaydin MD
Hassan Elmalik MD	Andrew Alden MD
Tracey Ikerd MD	Megan Alderman MD
	Hayma Al-Ghawi MD
	Krishna Amuluru MD
	Daniel Anzaldua MD
	Gary Ayres MD
	Brian Badman MD
	Nihal Bakeer MD
	Aaron Balanoff MD
	Elizabeth Barr MD
	Edward Bartley MD
	James Bastnagel MD
	Eric Beltz MD
	Jonathan Bennett MD
	Alexander Berrebi MD
	Elizabeth Bertsch MD
	Bradford Bichey MD
	Carly Blankenship MD
	Jason Blocksom MD
	Kristen Blume MD
	Sridhar Bolla MD
	Barrett Boody MD
	Katherine Brundage MD
	Mary Burden DO
	Jennifer Bush MD
	Gabrielle Butts DO

	Benjamin Campbell MD
	Juan Cardenas MD
	Burke Chegar MD
	Maret Cline MD
	Aaron Coats MD
	Neal Coleman MD
	Brian Compton MD
	Michael Conley MD
	Angela Corea MD
	Elizabeth Cottongim MD
	Christopher Crawford MD
	Renn Crichlow MD
	David Crook MD
	Terence Cudahy MD
	Leo D'Ambrosio MD
	Brent Damer DO
	Francisco Delgado MD
	Andrew Denardo MD
	John Depowell MD
	Darin Dill MD
	Larissa Dimitrov MD
	Martha Dwenger MD
	Stephen Eberwine MD
	Hassan Elmalik MD
	Luis Escobar MD
	Modeson Ferrer MD
	John Fiederlein MD
	David Fisher MD
	Charles Fleming MD
	Whitney Fraiz MD
	Brendan Frank MD
	Jenna Fritsch MD
	Anjali Godambe DO
	Laura Goode DDS
	Kalyan Gorantla MD
	David Graybill MD
	Anne Greist MD
	Hitesh Gulliya DO
	Jennifer Haddad MD
	Brandon Hardesty MD

	Charles Hasbrook MD
	Robert Hastings MD
	Fadi Hayek MD
	Ann Hedderman MD
	David Hedrick MD
	David Held MD
	Steven Herbst MD
	Amarilys Heredia MD
	Carolyn Herman MD
	Craig Herrman MD
	Jeffrey Hilburn MD
	James Hoffman MD
	Eric Horn MD
	Douglas Horton MD
	Jamie Howell MD
	Tracey Ikerd MD
	Eric Inman MD
	Leah Jamison MD
	Joseph Jares MD
	James Jarrett MD
	Sridhar Jatla MD
	Theodore Jennermann MD
	David Josephson MD
	Adam Juersivich MD
	Arzu Karaman Gonulalan MD
	Patrick Kay MD
	Kosmas Kayes MD
	Saad Khairi MD
	Anmol Kharbanda MD
	Sunah Kim-Dorantes MD
	Gerald Kirk MD
	Kevin Kirtley MD
	Daniel Klink MD
	David Lasbury MD
	Daniel Leas MD
	Albert Lee MD
	Charles Lerner MD
	Magdalena Lewandowska MD
	Emily Lo MD
	John Lucia MD

	Irwin Malament DPM
	Phyllis Marlar MD
	Anne Marnocha MD
	Viney Mathavan MD
	Shannon Mccanna MD
	Andrew Mcdaniel MD
	Emily Meier MD
	Greg Merrell MD
	Juliana Meyer MD
	Alex Meyers MD
	Daniel Milton MD
	Richard Miyamoto MD
	Jean-Pierre Mobasser MD
	Kuimil Mohan MD
	Amanda Morris MD
	John Morton MD
	Melinda Mumford-Dawdy MD
	Venkatesh Nagaraddi MD
	Raymond Nanko MD
	Michelle Neff MD
	Joshua Neucks MD
	Shani Norberg MD
	Elizabeth Nowacki DO
	Andrew Oberlin MD
	Bradley Orris MD
	John Oscherwitz MD
	Francisco Padron MD
	Jeffrey Pauloski MD
	Richard Payne MD
	Troy Payner MD
	Praveen Perni MD
	Jody Petts MD
	Christopher Pomeroy MD
	Steven Porto DO
	Eric Potts MD
	Misti Pratt DDS
	Robert Quirey MD
	Mark Rafalko MD
	Watcharasarn Rattananan MD
	Naraharisetty Rau MD

	Chad Reichard MD
	Jeremy Remus MD
	Kenneth Renkens MD
	Richard Rink MD
	Richard Rodgers MD
	Joseph Rumer MD
	Daniel Sahlein MD
	Carl Sartorius MD
	Anurag Satsangi MD
	Andrew Schubeck MD
	Glenn Schwenk MD
	Cynthia Seffernick MD
	Michael Sermersheim MD
	Imran Sethi MD
	Shoaib Shafique MD
	Amy Shapiro MD
	Kimberly Short MD
	Joseph Smucker MD
	Catherine Socec MD
	Jeffery Soldatis MD
	William Somerset DO
	Angela Stevens MD
	Stephen Stitle MD
	Ramindrajit Sufi MD
	Michael Thieken MD
	Garrett Thiel MD
	Niharika Thota MD
	Ron Tintner MD
	Michael Tomlin MD
	Thomas Trancik MD
	Andrew Trobridge MD
	Janet Turkle MD
	Ana Vazquez DMD
	Ryan Venis MD
	George Vestermark MD
	Johanna Wallisa MD
	Dan Waxman MD
	Lori Wells MD
	Joseph Whelan MD
	Phillip Whitley MD

	Thomas Whitten MD
	Steven Willing MD
	Edward Wills MD
	Steven Wise MD
	Anil Yakhmi MD