

# ORTHOINDY HOSPITAL

**Origine :** 03/2005

**Effective :** 02/2022

**Dernière approbation :** 02/2022

**Dernière révision :** 02/2022

**Prochaine révision :** 02/2024

**Auteur :** *Valerie Arnold : Directrice Cycle des recettes / Gestion des informations médicales*

**Domaine de la politique :** *Services financiers aux patients*

**Références :**

## Politique d'aide financière

### Champ d'application

Personnel des services financiers aux patients

### Politique

L'Indiana Orthopaedic Hospital, LLC (« OrthoIndy » ou « Hôpital ») a pour politique d'assurer une pratique juste sur le plan social pour fournir des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires dans l'établissement hospitalier. Cette politique vise à répondre aux besoins médicaux de la communauté. Le programme d'aide financière a été établi pour assurer une aide financière aux personnes qui n'ont pas la capacité de satisfaire leur obligation financière envers l'hôpital. Cette politique s'applique à chacun des sites d'OrthoIndy suivants :

- 8400 Northwest Blvd Indianapolis, IN 46278
- 1260 Innovation Pkwy Suites 135 and 150 Greenwood, IN 46143
- 7950 Ortho Ln. Brownsburg, In 46112
- 6040 W. 84th St Indianapolis, IN 46278
- 1579 Olive Branch Park Ln Suite 100 Greenwood, IN 46143
- 10995 N. Allisonville Rd. Suite 101 Fishers, IN 46038
- 805 W. Carmel Dr. Carmel, IN 46032
- 17471 Wheeler Rd. Ste 114 Westfield, IN 46074

- A. Toute aide financière reflétera notre engagement et notre respect pour la dignité humaine individuelle et le bien commun, notre préoccupation particulière et notre solidarité envers les personnes vivant dans la pauvreté et les autres personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers la justice de répartition et l'intendance.
- B. Cette politique s'applique à tous les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires fournis par l'hôpital, y compris les prestations des médecins salariés. Cette politique ne s'applique pas aux frais médicaux qui ne concernent pas les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires.
- C. La Liste des prestataires couverts par la politique d'aide financière comprend les prestataires de soins au sein des établissements de l'hôpital qui sont couverts 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 :

- « **501(r)** » désigne la section 501(r) du Code fiscal interne et les réglementations promulguées en vertu de celui-ci.
- « **Montant généralement facturé** » (**Amount Generally Billed**) ou « **AGB** » désigne, en ce qui concerne les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, le montant généralement facturé aux personnes qui ont une assurance couvrant ces soins.
- « **Soins d'urgence** » désignent les soins visant à traiter un problème de santé qui se manifeste par des symptômes aigus d'une gravité suffisante (y compris une douleur intense) de sorte que l'absence de soins médicaux immédiats pourrait entraîner une détérioration grave des fonctions corporelles, un dysfonctionnement grave de tout organe ou partie du corps, ou menacer sérieusement la santé de la personne.
- « **Hôpital** » désigne Indiana Orthopaedic Hospital, LLC qui comprend 10 sites dans le centre de l'Indiana.
- « **Soins médicalement nécessaires** » désignent les soins (1) qui sont appropriés, cohérents et essentiels pour la prévention, le diagnostic ou le traitement de l'état d'un patient ; (2) dont la prestation ou le niveau de service est le plus approprié à l'état du patient pouvant être fourni en toute sécurité ; (3) qui ne sont pas fournis principalement pour la commodité du patient, de la famille du patient, du médecin ou du soignant ; et (4) qui sont plus susceptibles de bénéficier le patient plutôt que d'entraîner un préjudice. Pour que les futurs soins programmés soient des « soins médicalement nécessaires », les soins et la date des soins doivent être approuvés par le médecin-chef de l'hôpital (ou son délégué). Les soins médicalement nécessaires doivent être déterminés par un prestataire agréé qui prodigue des soins médicaux au patient et, à la discrétion de l'hôpital, par le médecin responsable de l'admission, le médecin traitant et / ou le médecin-chef ou un autre médecin superviseur (selon le type de soins recommandés). Dans le cas où les soins demandés par un patient couvert par la présente politique ne sont pas jugés médicalement nécessaires par un médecin superviseur,

cette décision doit également être confirmée par le médecin responsable de l'admission ou le médecin traitant.

- « **Patient** » désigne les personnes qui reçoivent des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires à l'hôpital et la personne qui est financièrement

## Aide financière proposée

L'aide financière décrite dans cette section est à la disposition de tous les patients de OrthoIndy Hospital.

- A. Sous réserve des autres dispositions de la présente Politique d'aide financière (« FAP »), les patients dont le revenu est inférieur ou égal à 200 % du revenu du seuil de pauvreté fédéral (« FPL »), seront éligibles à une prise en charge des soins à 100 % (charity care) pour la partie des frais correspondant aux services dont le patient est responsable après le paiement par un assureur, le cas échéant, si ce patient est éligible à une aide financière et a effectué une demande d'aide financière (une « demande FAP ») au plus tard le 240<sup>e</sup> jour après la première facture de sortie du patient et si la demande FAP est approuvée par l'hôpital. Le patient sera éligible à une aide financière allant jusqu'à 100 % s'il soumet la demande FAP après le 240<sup>e</sup> jour suivant la première facture de sa sortie, mais le montant de l'aide financière possible pour un patient dans cette catégorie est limité au solde impayé du patient après avoir pris en compte tout paiement effectué sur le compte du patient. Les frais facturés à un patient éligible à cette catégorie d'aide financière ne seront pas supérieurs aux frais AGB calculés.
- B. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'aide financière, les patients dont les revenus sont supérieurs à 200 % du FPL mais n'excèdent pas 300 % du FPL, bénéficieront d'une réduction dégressive sur la partie des frais pour les services fournis dont le patient est responsable après le paiement par un assureur, le cas échéant, si ce patient soumet une demande FAP au plus tard le 240<sup>e</sup> jour après la première facture de sa sortie et si la demande FAP a été approuvée par l'hôpital. Le patient sera éligible à la réduction dégressive dans le cadre de l'aide financière s'il soumet la demande FAP après le 240<sup>e</sup> jour suivant la première facture de sa sortie, mais le montant de l'aide financière disponible pour un patient dans cette catégorie est limité au solde impayé du patient après avoir pris en compte tout paiement effectué sur le compte du patient. Les frais facturés à un patient éligible à cette catégorie d'aide financière ne seront pas supérieurs aux frais AGB calculés. La réduction dégressive est la suivante :

< 200 % du FPL actuel	Réduction de 100 % du compte
201 à 225 % du FPL actuel	Réduction de 80 % du compte
226 à 250 % du FPL actuel	Réduction de 60 % du compte
251 à 275 % du FPL actuel	Réduction de 40 % du compte

276 300 % du FPL actuel

Réduction de 20 % du compte

- C. L'éligibilité à l'aide financière peut être déterminée à tout moment du cycle de recettes pour un patient ayant un solde impayé suffisant dans les 240 premiers jours suivant la première facture de sortie du patient pour évaluer la possibilité d'une prise en charge des soins à 100 % même si le patient n'a pas rempli de demande FAP.

## **Limitations des frais pour les patients éligibles à l'aide financière**

Les frais individuels facturés aux patients éligibles à l'aide financière ne seront pas supérieurs aux frais AGB pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires et ne seront pas supérieurs aux frais bruts pour tous les autres soins médicaux. L'hôpital calcule un ou plusieurs pourcentages AGB en utilisant la méthode rétrospective (« look-back ») et en incluant la rémunération à l'acte de Medicare et tous les assureurs-maladie privés qui paient les remboursements à l'hôpital, le tout conformément à la section 501(r). Un exemplaire gratuit de la description du calcul AGB et des pourcentages peut être obtenu sur le site Web de l'hôpital ou en visitant n'importe quel service d'enregistrement des patients. L'AGB sera calculé annuellement et la mise à jour entre en vigueur le 1er juillet de chaque année.

## **Demande d'aide financière et autre aide**

Un patient peut être éligible à une aide financière en soumettant une demande FAP dûment remplie. Le formulaire de demande FAP est disponible sur le site Web de l'hôpital ou en visitant n'importe quel service d'enregistrement des patients. L'hôpital demandera aux personnes non assurées de consulter un conseiller financier pour effectuer une demande de prise en charge par Medicaid ou d'autres programmes d'aide publique pour lesquels le patient est considéré comme potentiellement éligible afin de pouvoir prétendre à une aide financière. Un patient peut se voir refuser une aide financière s'il communique de fausses informations sur une demande FAP ou s'il refuse de consulter un conseiller financier pour effectuer une demande de prise en charge par Medicaid ou d'autres programmes d'aide publique auxquels le patient est considéré comme potentiellement éligible afin de bénéficier d'une aide financière. En plus de la demande FAP dûment remplie, les éléments suivants doivent également être transmis dans les quinze (15) jours civils suivant la soumission de la demande FAP dûment remplie :

- A. Revenus provenant de toutes les sources, indiquant le revenu brut pour la période de trois mois la plus récente.
- B. Copies des bulletins de salaire des membres responsables du ménage pour les trois (3) derniers mois. Cela inclut les chèques d'allocation pour invalidité.
- C. Relevés (les 3 plus récents) de tous les comptes bancaires, certificats de dépôt, actions, obligations, biens immobiliers, retraite [401(K)], etc.

- D. Copies des déclarations d'impôt sur le revenu fédérales et de l'État les plus récentes.
- E. Si vous n'avez pas d'emploi, nous pouvons accepter une déclaration du bureau de l'emploi indiquant que vous ne travaillez pas et depuis combien de temps vous êtes au chômage.
- F. Toutes les ressources provenant de tiers et les programmes d'aide financière non hospitalières, y compris l'aide publique disponible via Medicaid, doivent être épuisés avant que l'aide financière / la prise en charge des soins (charity care) puissent être accordée.

Si un patient est réticent ou dans l'incapacité à fournir les documents énumérés ci-dessus, l'hôpital peut utiliser d'autres méthodes raisonnables pour déterminer les besoins financiers, y compris des entretiens documentés avec le patient ou des questionnaires.

Après avoir examiné une demande FAP remplie et les informations sur les revenus et les dépenses, le personnel des services financiers aux patients déterminera si le patient est éligible aux prestations d'aide financière sur la base de la feuille de calcul AGB. Si le patient est éligible à une aide financière, il en sera avisé et le compte sera ajusté en conséquence. Une aide financière peut être accordée aux patients décédés en l'absence de succession.

## **Facturation et recouvrement**

Les mesures que l'hôpital peut prendre en cas de non-paiement sont décrites dans une politique de facturation et de recouvrement distincte. Un exemplaire gratuit de la politique de facturation et de recouvrement peut être obtenue sur le site Web de l'hôpital ou en visitant n'importe quel service d'enregistrement des patients.

Si vous avez des questions ou des difficultés à obtenir les informations nécessaires, veuillez appeler notre Administrateur des soins pris en charge au (317) 773-4225.

## **Des exemples de documents à joindre qui peuvent être utiles sont présentés ci-dessous :**

- A. Lettre d'aide financière initiale envoyée au patient
- B. Autorisation d'obtenir un rapport de solvabilité
- C. Demande d'informations supplémentaires afin de rédiger une lettre visant à établir la prise en charge des soins
- D. Lettre d'approbation de prise en charge des soins
- E. Lettre de refus de prise en charge des soins
- F. Feuille de calcul
- G. Feuille de calcul de la situation financière
- H. Grille des lignes directrices pour la prise en charge des soins
- I. Renseignements personnels relatifs à la situation financière
- J. Dépenses relatives à la situation financière
- K. Actifs relatifs à la situation financière
- L. Pratique de facturation et de recouvrement

Anciennement 21.1.11

## Pièces jointes

Pièce jointe A : Lettre d'aide financière initiale

Pièce jointe B : Autorisation d'obtenir un rapport de solvabilité

Pièce jointe C : Demande d'informations supplémentaires

Pièce jointe D : Lettre d'approbation de prise en charge des soins

Pièce jointe E : Lettre de refus de prise en charge des soins

Pièce jointe F : Feuille de calcul

Pièce jointe G : Feuille de calcul de la situation financière

Pièce jointe H : Grille des lignes directrices pour la prise en charge des soins

Pièce jointe I : Renseignements personnels

Pièce jointe J : Dépenses

Pièce jointe K : Actifs

Pratique concernant la facturation et le recouvrement de OrthoIndy Hospital .docx

## Signatures d'approbation

Description de l'étape	Approbateur	Date
Comité directeur de l'hôpital	Kathleen McSchooler : Administration	02/2022
Comité exécutif médical	Kathleen McSchooler : Administration	02/2022
Comité des politiques	Kathleen McSchooler : Administration	02/2022
Directeur financier	Antoine Gioia : Directeur financier	02/2022
Conformité	J.Cody O'Neil : Assistant juridique	01/2022
	Valerie Arnold : Directrice du cycle des recettes / Gestion des informations médicales	12/2021