

Politique d'aide financière

OBJET : Politique d'aide financière du MHS
DÉPARTEMENT : SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS
ÉLABORÉ PAR : Comité d'aide financière
RÉVISÉ PAR : Kathryn Keim
APPROUVÉ PAR : Conseil d'administration du MHS

RÉFÉRENCE
DATE DE PRISE D'EFFET :
01/10/2016
DERNIÈRE RÉVISION :
01/10/2020

MISSION :

La mission du Memorial Health System et de ses sociétés affiliées (le MHS ou la ou les Société(s) affiliée(s) du MHS) est d'améliorer la santé des personnes et des communautés que nous servons.

Afin de mieux servir la communauté et de poursuivre notre mission, le MHS acceptera une grande variété de modes de paiement et offrira des ressources pour aider le/la patient(e) dans le règlement de tout paiement impayé pour les services hospitaliers. Nous traiterons tous les patients de manière équitable, avec dignité, respect et compassion, et dans la mesure du possible, nous aiderons les patients qui ne peuvent pas payer tout ou partie de leurs soins.

Le MHS reconnaît qu'il y a des situations où un(e) patient(e) n'est financièrement pas en mesure de payer ses soins hospitaliers et n'est couvert(e) par aucun Payeur. Étant donné que la prestation des soins ne dépend pas de la capacité du/de la patient(e) de payer, le MHS a établi des directives selon lesquelles un(e) patient(e) peut présenter une demande et avoir droit à une aide financière. Le MHS s'efforce d'équilibrer l'aide financière nécessaire aux patients avec les responsabilités fiscales plus larges pour accomplir notre mission.

OBJECTIF :

L'objectif de la présente politique est de définir les critères d'éligibilité à l'aide financière et de fournir des directives pour l'identification, l'évaluation et la documentation des patients en ayant besoin. Nous nous assurerons que notre politique est communiquée efficacement à ceux qui en ont besoin, que nous aidons les patients à demander et à bénéficier des programmes connus d'aide financière et que toutes les politiques sont appliquées avec précision et cohérence. Nous définirons la norme et l'étendue des services à utiliser par nos agences externes qui réalisent des recouvrements en notre nom, et obtiendrons cet accord par écrit pour nous assurer que la présente politique est intégrée tout au long du processus de recouvrement. La présente politique est également conçue par le MHS pour être conforme à tous égards aux dispositions de la loi sur la facturation équitable des patients de l'Illinois (Illinois Fair Patient Billing Act) et de la loi sur la remise destinée aux patients non assurés dans les hôpitaux de l'Illinois (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act), des lois et règlements de programme Medicaid de l'Illinois et des règlements 501(r) du service des impôts, ministère des finances (Internal Revenue Service, Treasury Department 501(r) regulations). Le souhait du MHS est de fournir des services à toutes les personnes comme il convient, de réduire la charge gouvernementale et d'utiliser ses établissements dans la poursuite de sa mission au profit de toutes les personnes, quelle que soit leur capacité de paiement.

POLITIQUE :

La politique du MHS est d'identifier l'aide financière fournie aux patients conformément aux directives décrites ci-dessous.

- L'aide financière est définie comme les services hospitaliers fournis gratuitement ou à tarif réduit aux patients.
- L'aide financière sera basée uniquement sur les critères de la présente politique et ne sera pas appréciée sur la base d'un(e) certain(e) race, couleur, religion, origine nationale, ascendance, croyance, sexe, âge, état matrimonial, handicap physique ou mental, orientation sexuelle ou statut de citoyenneté.
- Les services d'admission, de traitement, de dépistage et/ou de stabilisation d'urgence ne seront pas retardés ou refusés en raison de la couverture d'assurance ou de la capacité de paiement.

OBJET : Politique d'aide financière du MHS
DÉPARTEMENT : SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS
ÉLABORÉ PAR : Comité d'aide financière
RÉVISÉ PAR : Kathryn Keim
APPROUVÉ PAR : Conseil d'administration du MHS

RÉFÉRENCE
DATE DE PRISE D'EFFET :
01/10/2016
DERNIÈRE RÉVISION :
01/10/2020

- La classification des services hospitaliers pour l'aide financière peut avoir lieu jusqu'à 240 jours après le premier relevé de facturation post-sortie.
- L'aide financière est applicable à tous les services hospitaliers d'urgence ou médicalement nécessaires, tels que définis dans les présentes.

DÉFINITIONS :

Montants généralement facturés : Pour les services hospitaliers d'urgence ou médicalement nécessaires, le montant facturé à tout(e) patient(e) admissible à une aide financière dans le cadre de la Politique d'aide financière (PAF) du MHS ne dépassera pas les montants généralement facturés (MGF) aux patients assurés. Les établissements affiliés MHS utilisent la méthode Lookback pour calculer les MGF. Voir l'annexe 4 (Explication des montants généralement facturés) pour une explication détaillée du calcul des « montants généralement facturés ». Pour demander une copie gratuite de l'Explication des montants généralement facturés, y compris le pourcentage des MGF, cliquez sur le lien suivant (répertoire des établissements affiliés MHS) ou consultez l'annexe 5 pour les coordonnées de chaque établissement.

Actions de recouvrement extraordinaires : Liste des activités de recouvrement, telles que définies par le service des impôts et le ministère des finances, que les organismes de santé ne peuvent effectuer contre une personne pour obtenir le paiement de ses soins qu'après avoir fourni des efforts raisonnables pour déterminer si la personne peut bénéficier d'une aide financière. Ces actions sont définies plus en détail dans la section Efforts raisonnables et Actions de recouvrement extraordinaires (ARE) de la politique de facturation et de recouvrement du MHS, et peuvent inclure des actions telles que le signalement d'informations défavorables aux agences d'évaluation du crédit/organismes déclarants, ainsi que des actions juridiques/judiciaires telles que la saisie de salaire.

Prestataires du groupe : Liste de prestataires, autres que l'hôpital lui-même, prodiguant des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires à l'hôpital. La liste des Prestataires du groupe indique les prestataires participant à la PAF du MHS, comme indiqué à l'annexe 2 (liste des Prestataires du groupe).

Revenu : le « revenu familial » désigne la somme des ressources annuelles d'une famille et des prestations en espèces de toutes sources avant impôts, moins les paiements versés pour la pension alimentaire des enfants. Lorsqu'il/elle fournit des informations sur le revenu, le/la patient(e) se limite à fournir les informations suivantes :

- Le/la patient(e) ou son/sa conjoint(e), tel(le) que défini(e) par la loi de l'Illinois, est-il/elle actuellement salarié(e) ?
- Si le/la patient(e) est mineur(e), les parents ou tuteurs du/de la patient(e) sont-ils actuellement salariés ?
- Si le/la patient(e) ou son/sa conjoint(e), tel(le) que défini(e) par la loi de l'Illinois, est salarié(e), nom, adresse et numéro de téléphone de tous les employeurs
- Si les parents ou tuteurs d'un(e) patient(e) mineur(e) sont salariés, nom, adresse et numéro de téléphone de tous les employeurs
- Si le/la patient(e) est divorcé(e) ou séparé(e) ou était partie à une procédure de dissolution, l'ex-conjoint(e), tel(le) que défini(e) par la loi de l'Illinois, est-il/elle financièrement responsable des soins médicaux du/de la patient(e) selon le contrat de divorce, de séparation ou de dissolution ?

Politique d'aide financière

OBJET : Politique d'aide financière du MHS
DÉPARTEMENT : SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS
ÉLABORÉ PAR : Comité d'aide financière
RÉVISÉ PAR : Kathryn Keim
APPROUVÉ PAR : Conseil d'administration du MHS

RÉFÉRENCE
DATE DE PRISE D'EFFET :
01/10/2016
DERNIÈRE RÉVISION :
01/10/2020

- Le/la patient(e) se limite aux informations suivantes relatives au revenu familial mensuel brut, y compris les cas dans lesquels un(e) conjoint(e), tel(le) que défini(e) par la loi de l'Illinois, est le/la garant(e) du/de la patient(e) ou dans lesquels un parent ou un tuteur est le garant d'un(e) mineur(e), provenant de sources telles que :
 - les salaires
 - le travail indépendant
 - l'allocation chômage
 - la sécurité sociale
 - La pension d'invalidité de la sécurité sociale
 - la pension d'ancien combattant
 - la pension d'invalidité d'ancien combattant
 - la prestation d'assurance-invalidité
 - l'indemnité d'accident du travail
 - le revenu de retraite
 - la pension alimentaire pour enfants, la prestation alimentaire matrimoniale ou autre pension alimentaire versée à un époux
 - d'autres revenus

DÉFINITIONS (suite) :

Actifs : Comprennent (et y sont limités) les chèques, l'épargne, les actions, les certificats de dépôt, les fonds communs de placement et les comptes d'épargne-santé/de dépenses flexibles

Exemption des actifs : Le MHS examinera les actifs disponibles en tant qu'indicateur de revenu à des fins de comparaison avec les lignes directrices sur la pauvreté, mais exclura de l'examen les actifs suivants :

- un minimum de 2 000 \$ d'actifs liquides pour les ménages constitués de personnes/demandeurs célibataires
- un minimum de 3 000 \$ d'actifs liquides pour les ménages constitués de personnes/demandeurs marié(e)s
- plus 500 \$ pour chaque personne à charge supplémentaire dans le ménage
- la propriété familiale ou la résidence principale
- tous les biens personnels, y compris, mais sans s'y limiter, les objets ménagers, les bagues de mariage/de fiançailles et l'équipement médical
- toutes les automobiles ou autres véhicules
- les actifs détenus dans les régimes de retraite
- les fonds propres disponibles pour un montant inférieur à 50 000 \$
- d'autres actifs qui, à notre discrétion, doivent être exemptés

Sociétés affiliées du MHS : Aux fins de la présente politique, les sociétés affiliées du MHS désignent l'Abraham Lincoln Memorial Hospital, Lincoln, Illinois ; le Decatur Memorial Hospital, Decatur, Illinois ; le Memorial Medical Center, Springfield, Illinois ; le Passavant Area Hospital, Jacksonville, Illinois ; et le Taylorville Memorial Hospital, Taylorville, Illinois.

Services hospitaliers médicalement nécessaires : « Médicalement nécessaire » désigne tout service hospitalier ou ambulatoire, y compris les produits pharmaceutiques ou les fournitures fournis par un hôpital à un patient, couverts par le titre XVIII de la loi fédérale sur la sécurité sociale pour les bénéficiaires.

Un service « médicalement nécessaire » ne comprend aucun des éléments suivants :

OBJET : Politique d'aide financière du MHS
DÉPARTEMENT : SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS
ÉLABORÉ PAR : Comité d'aide financière
RÉVISÉ PAR : Kathryn Keim
APPROUVÉ PAR : Conseil d'administration du MHS

RÉFÉRENCE
DATE DE PRISE D'EFFET :
01/10/2016
DERNIÈRE RÉVISION :
01/10/2020

- services non médicaux tels que les services sociaux et professionnels
- chirurgie esthétique électorale, mais pas la chirurgie plastique destinée à corriger la défiguration causée par une blessure, une maladie ou une anomalie congénitale ou une déformation
- services qui auraient pu être fournis en toute sécurité gratuitement dans un autre établissement et qui ont été sciemment refusés par le/la patient(e)
- services qui auraient pu être payés par un Payeur si le/la patient(e) avait accepté de fournir les informations demandées, au Payeur
- toute procédure non couverte par un Payeur, bien qu'elle soit jugée médicalement nécessaire, en raison du non-respect par le/la patient(e) des directives et procédures du Payeur. On peut citer comme exemples les procédures dentaires, les services fournis dans un hôpital qui n'est pas sous contrat, l'absence de réception par le/la patient(e) d'une pré-certification/autorisation ou l'absence d'envoi par un médecin de la documentation appropriée pour obtenir la pré-certification/autorisation.

Payeur : Entité autre que le/la patient(e) qui finance ou rembourse le coût des services de santé. Dans la plupart des cas, ce terme désigne une compagnie d'assurance, un autre tiers payant ou un promoteur de régime de santé (employeur ou syndicat).

DÉFINITIONS (suite) :

Admissibilité présumée : Les patients non assurés seront présumés admissibles à l'aide financière de l'hôpital s'ils réunissent une ou plusieurs des conditions suivantes :

- situation de sans-abri
- décédé(e) sans succession
- incapacité mentale ; aucune personne autorisée à agir au nom du/de la patient(e)
- admissibilité au programme Medicaid, mais pas à la date du service ou pour un service non couvert
- faillite personnelle récente
- incarcération dans un établissement pénitentiaire
- affiliation à un ordre religieux et vœu de pauvreté
- inscription au programme d'aide temporaire aux familles dans le besoin (Temporary Assistance for Needy Families ou TANF)
- inscription au programme de soutien au logement locatif (Rental Housing Support Program) de l'IHDA

Inscription aux programmes d'aide suivants pour les personnes à faible revenu :

- programme de nutrition des femmes, des nourrissons et des enfants (Women, Infants and Children Nutrition Program ou WIC)
- programme d'aide alimentaire supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program ou SNAP)
- inscription au programme Illinois de petit-déjeuner et déjeuner gratuit (Free Lunch and Breakfast Program)
- programme d'aide aux impayés d'énergie (Low Income Home Energy Assistance Program ou LIHEAP)

OBJET : Politique d'aide financière du MHS
DÉPARTEMENT : SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS
ÉLABORÉ PAR : Comité d'aide financière
RÉVISÉ PAR : Kathryn Keim
APPROUVÉ PAR : Conseil d'administration du MHS

RÉFÉRENCE
DATE DE PRISE D'EFFET :
01/10/2016
DERNIÈRE RÉVISION :
01/10/2020

- inscription à un programme communautaire organisé offrant un accès à des soins de santé et dont l'éligibilité dépend de l'évaluation et de la documentation de la situation financière limitée des personnes à faible revenu
- perception de subventions pour des services médicaux

Non assuré(e) : Patient(e) d'un hôpital qui n'est pas couvert(e) par une police d'assurance maladie privée, un programme de prestations de santé ou autre programme de couverture des soins de santé, y compris les régimes d'assurance maladie à franchise élevée, l'indemnisation des accidents du travail, l'assurance responsabilité civile accident ou autre responsabilité civile d'un tiers.

Remise patient(e) non assuré(e) : Le MHS offrira une remise sur ses frais à tous les patients Non assurés, indépendamment du revenu ou de la coopération pour tous les services hospitaliers d'urgence ou médicalement nécessaires. Voir l'annexe 1 (Récapitulatif des directives et remises liées aux revenus)

Récapitulatif des directives et remises liées aux revenus : Tableau inclus en annexe 1 qui énumère le revenu familial à partir duquel un(e) patient(e) Non assuré(e) peut avoir droit à une aide financière totale ou partielle.

PROCÉDURES :

RESPONSABILITÉ DE COMMUNICATION DU MEMORIAL HEALTH SYSTEM :

Le MHS communiquera gratuitement à tous les patients la disponibilité de la PAF, un résumé dans un langage clair et des formulaires de demande. Les formes de communication comprennent, sans s'y limiter :

- le placement de panneaux, de résumés dans un langage clair, etc., à des emplacements bien en vue des patients dans les établissements du MHS, y compris, mais sans s'y limiter, les Services d'Urgence, les Services financiers aux patients, les Admissions et sur le site Web de chaque établissement du MHS.
- la remise d'exemplaires papier du résumé dans un langage clair du MHS lors de l'admission du/de la patient(e) ou avant sa sortie. Voir l'annexe 3 (résumé dans un langage clair).
- l'utilisation d'un langage approprié pour les patients qui constituent 1 000 personnes, ou 5 % des patients desservis par un établissement du MHS, le chiffre le plus faible étant retenu.
- la désignation de membres du personnel des Services financiers aux patients et des services d'Enregistrement pour expliquer la PAF au/à la patient(e). Le personnel du MHS des Services financiers aux patients et des services d'Enregistrement comprendra la PAF et sera en mesure de répondre aux questions concernant la politique ou de les adresser au représentant de l'hôpital approprié.
- l'utilisation de relevés de facturation pour informer les patients de la disponibilité de l'aide financière, y compris les coordonnées et l'URL du site Web où les informations relatives à la PAF et les formulaires de demande sont disponibles.
- la fourniture de factures détaillées dans un délai de sept (7) jours suivant la date de la demande du/de la patiente.
- la mise à la disposition du public d'une copie de notre PAF, critères de demande et d'admissibilité, sur demande.

OBJET : Politique d'aide financière du MHS
DÉPARTEMENT : SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS
ÉLABORÉ PAR : Comité d'aide financière
RÉVISÉ PAR : Kathryn Keim
APPROUVÉ PAR : Conseil d'administration du MHS

RÉFÉRENCE
DATE DE PRISE D'EFFET :
01/10/2016
DERNIÈRE RÉVISION :
01/10/2020

DIRECTIVES GÉNÉRALES RELATIVES AUX DEMANDES :

Pour solliciter une aide financière, les patients doivent soumettre une demande complète (formulaire de demande d'aide financière) avec les pièces justificatives à chaque établissement affilié MHS fournissant des services. Les documents requis sont énumérés dans la section Vérification des revenus et des actifs ci-dessous. Voir l'annexe 5 (Répertoire des établissements affiliés MHS) pour le site Web, les courriels, les numéros de téléphone et l'emplacement des bureaux pour demander un exemplaire gratuit de la demande d'aide financière et/ou des politiques et pour obtenir de l'aide pour remplir la demande. Pour être acceptées les demandes devront être envoyées par la poste ou remises en personne aux bureaux des Services financiers aux patients.

- Une vérification des revenus, des actifs et des frais médicaux peut être demandée pour accompagner la demande.
- Les documents montrant qu'un patient satisfait à l'admissibilité présumée seront considérés comme une demande complète sans autre document requis.
- Dès réception de la demande et/ou des documents dûment remplis, le représentant des Services financiers aux patients remplira la feuille de travail sur l'aide financière et la soumettra afin d'obtenir l'approbation ou les approbations appropriée(s). La feuille de travail sur l'aide financière détermine le montant de l'aide financière à laquelle le/la patient(e) est admissible. Le Récapitulatif des directives et remises liées aux revenus (annexe 1) sert d'outil pour aider à déterminer le montant de l'aide financière applicable. Le représentant des Services financiers aux patients est chargé de vérifier que tous les chiffres utilisés pour calculer l'admissibilité sont corrects et, si nécessaire, de demander une vérification supplémentaire avant de soumettre la demande pour approbation. Le responsable ou le directeur évaluera les recommandations, vérifiera les calculs et les documents et approuvera, refusera la demande ou la transmettra à la ou aux personnes appropriées si nécessaire.
- Le/la patiente peut demander une aide financière jusqu'à 240 jours à compter du premier relevé de facturation post-sortie. Cependant, l'hôpital peut entamer des Actions de recouvrement extraordinaires (ARE) 120 jours après le premier relevé de facturation post-sortie ou 30 jours après un avis écrit, la dernière de ces éventualités étant retenue. Les patients peuvent consulter le site Web ou demander des ARE.
- Une demande, dans la mesure du possible, doit être soumise et approuvée avant la prestation du service.
- Aucune demande de contrepartie financière ne sera requise pour un traitement médical d'urgence ou pour des services fournis sans notification préalable d'un médecin ou d'un autre secteur d'orientation. La demande doit être remplie dès que possible, en gardant les besoins médicaux du/de la patient(e) au centre de l'attention. La demande de couverture du traitement d'urgence sera effectuée après la prestation du service.
- Il est essentiel que les personnes demandant une aide financière coopèrent avec le MHS et lui communiquent les informations précises et détaillées dont il a besoin dans un délai raisonnable. Si les informations sont illisibles ou incomplètes, le représentant de l'aide financière aux patients fournira au demandeur une notification écrite décrivant les informations et/ou documents supplémentaires requis, indiquant la date limite de soumission et comprenant les coordonnées. Le représentant de l'aide financière s'assurera que toutes les ARE sont suspendues.

OBJET : Politique d'aide financière du MHS
DÉPARTEMENT : SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS
ÉLABORÉ PAR : Comité d'aide financière
RÉVISÉ PAR : Kathryn Keim
APPROUVÉ PAR : Conseil d'administration du MHS

RÉFÉRENCE
DATE DE PRISE D'EFFET :
01/10/2016
DERNIÈRE RÉVISION :
01/10/2020

- La signature du demandeur doit figurer sur les demandes ou, lorsque cela n'est pas possible, celles-ci doivent contenir une documentation raisonnable démontrant l'intention du demandeur de demander une aide financière.
- L'absence de toute information requise pour la demande, après notification, soumettrait cette demande à la discrétion de la direction et à un éventuel refus.
- Les documents peuvent être utilisés pour l'évaluation des services avec d'autres informations complémentaires pertinentes mises à jour pendant six mois au maximum. Des exceptions peuvent être accordées au cours de cette période de six mois à la discrétion de la direction, compte tenu de changements de circonstances par rapport à la période de qualification initiale.
- Une fois que le statut d'aide financière a été établi, il sera appliqué à tous les comptes du/de la patient(e) et sera valable pendant une période de six mois à compter de la date de détermination et rétroactivement. Il est de la responsabilité du/de la patient(e) ou du/de la garant(e) d'informer l'hôpital qu'une aide financière a déjà été accordée et doit être appliquée aux comptes ultérieurs.

VÉRIFICATION DES REVENUS ET DES ACTIFS :

Pour déterminer l'admissibilité, il est de la responsabilité du/de la patient(e) de fournir des informations pour la vérification de l'admissibilité qui peuvent inclure, et se limitent à, l'une des informations suivantes :

- une déclaration de revenus fédérale remplie pour l'année ou les années civiles précédentes, si le/la patient(e) est tenu(e) d'en déposer une
- un exemplaire des formulaires W-2 et 1099 les plus récents du/de la patient(e)
- les talons de chèque de paie (les deux derniers), de préférence avec le revenu indiqué pour le mois précédant le mois de réception de la demande et les relevés de tous les autres revenus perçus, tels que définis comme « Revenu » dans la section Définitions de la présente politique et tels qu'indiqué sur la demande d'aide financière. Un compte de résultat est demandé pour tous les indépendants ou patients payés en espèces.
- les déclarations de prestations
- les avis d'approbation
- les ordonnances du tribunal
- les relevés de comptes chèques, d'épargne et de placement (les deux derniers) tels que définis sous « Actifs » et « Exemption des actifs » dans la section Définitions de la présente politique
- tout autre document pouvant être fourni par le patient
- en cas d'absence de revenu, une lettre de la personne qui paie les frais de subsistance du/de la patient(e) ou du/de la garant(e) expliquant la situation

OBJET : Politique d'aide financière du MHS
DÉPARTEMENT : SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS
ÉLABORÉ PAR : Comité d'aide financière
RÉVISÉ PAR : Kathryn Keim
APPROUVÉ PAR : Conseil d'administration du MHS

RÉFÉRENCE
DATE DE PRISE D'EFFET :
01/10/2016
DERNIÈRE RÉVISION :
01/10/2020

Les niveaux d'aide financière des revenus peuvent être vérifiés soit pour les douze (12) mois précédents soit par annualisation des données d'une année partielle. La qualification est valable quelle que soit la méthode de calcul utilisée. En plus des données passées, la capacité de gains future, ainsi que la capacité de respecter ces obligations dans un délai raisonnable, peuvent être prises en compte. Fournir de fausses informations ou exclure des informations demandées peut entraîner le refus de la demande et de l'admissibilité. Ces informations financières sont considérées comme confidentielles et sont protégées afin de garantir qu'elles ne seront utilisées que pour faciliter l'inscription ou l'évaluation de l'admissibilité à l'aide financière.

QUALIFICATION DU/DE LA PATIENT(E) ET ADMISSIBILITÉ À L'AIDE FINANCIÈRE :

Le MHS accordera automatiquement une remise sur ses frais à tous les patients Non assurés, indépendamment du revenu ou de la coopération pour tous les services hospitaliers d'urgence ou médicalement nécessaires. Voir l'annexe 1 (Récapitulatif des directives et remises liées aux revenus) L'application de cette remise garantira que le montant facturé au/à la patient(e) ne dépassera pas les montants généralement facturés.

Les patients Non assurés peuvent avoir droit à une aide de 100 % s'ils possèdent des justificatifs d'admissibilité présumée telle que définie dans la section Définition de la présente politique.

Pour tout montant restant dû par un patient Non assuré après l'application de la remise automatique, un patient Non assuré est admissible à une aide financière sur la base du Récapitulatif des directives et remises liées aux revenus.

Un patient Non assuré est admissible à une aide financière de 100 % s'il perçoit un revenu allant jusqu'à 300 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté.

Un patient Non assuré qui a un revenu supérieur à 301 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté sera admissible à une aide financière partielle si ce qui est dû est supérieur à la responsabilité maximale à la charge du patient, telle qu'identifiée dans le Récapitulatif des directives et remises liées aux revenus.

De plus, il existe des cas où un(e) patient(e) peut être admissible à une aide financière, mais n'a pas coopéré en remplissant une demande d'aide financière ou en fournissant les pièces justificatives adéquates. Lorsque des informations de collaboration de tiers adéquates sont obtenues par le biais de sources alternatives, ces informations peuvent fournir des preuves suffisantes pour accorder au patient une aide financière allant jusqu'à 100 %.

Les patients assurés peuvent avoir droit à une aide financière s'ils ont un revenu inférieur à 300 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté, s'ils informent le MHS qu'ils ont droit à l'aide en déposant une demande et les pièces justificatives incluant la preuve d'une ou plusieurs des catégories d'admissibilité présumée suivantes :

- situation de sans-abri (la demande peut être abandonnée si l'adresse ne peut être trouvée à l'aide des outils de vérification d'adresse)
- décédé sans succession (demande d'aide financière non requise)
- admissibilité actuelle au programme Medicaid, mais pas à la date du service ou pour un service non couvert

OBJET : Politique d'aide financière du MHS
DÉPARTEMENT : SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS
ÉLABORÉ PAR : Comité d'aide financière
RÉVISÉ PAR : Kathryn Keim
APPROUVÉ PAR : Conseil d'administration du MHS

RÉFÉRENCE
DATE DE PRISE D'EFFET :
01/10/2016
DERNIÈRE RÉVISION :
01/10/2020

- faillite personnelle au cours des 12 derniers mois (demande uniquement requise pour les admissions à l'hôpital après la date de déclaration de faillite)
- inscription au programme d'aide temporaire aux familles dans le besoin (Temporary Assistance for Needy Families ou TANF)
- inscription au programme de soutien au logement locatif (Rental Housing Support Program) de l'IHDA
- inscription au programme de nutrition des femmes, des nourrissons et des enfants (Women, Infants and Children Nutrition Program ou WIC)
- inscription au programme d'aide alimentaire supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program ou SNAP)
- inscription au programme d'aide aux impayés d'énergie (Low Income Home Energy Assistance Program ou LIHEAP)
- victime de crime (la demande peut être abandonnée à réception d'une lettre de victime de crime)

En cas de maladie grave et pour laquelle des documents appropriés ont été soumis, mais si le/la patient(e) doit toujours des sommes qui causent un préjudice excessif au foyer, le directeur des Services financiers aux patients ainsi que les hauts responsables peuvent examiner et déterminer si une aide financière sous forme de remise supplémentaire est méritée. La définition de « grave » et le montant de l'aide financière seront déterminés au cas par cas, en tenant compte de toutes les circonstances financières, familiales et de santé du/de la patient(e).

ENGAGEMENT ENVERS LES DEMANDEURS D'AIDE FINANCIÈRE :

Le MHS ne demandera aucun paiement par voie de procédures administratives, de tiers ou judiciaires de la part des patients qui ont droit à une aide financière de 100 % au titre de la PAF.

Le MHS ne frappera pas de privilège, ne forcera pas la vente ou la saisie de la résidence principale du/de la patient(e) pour payer une facture médicale impayée, ni n'inclura la résidence principale dans le calcul de l'actif à moins que la valeur nette de la propriété n'indique clairement une capacité à assumer l'obligation financière ; le/la patient(e) a eu la possibilité d'évaluer l'exactitude de la facture, de demander une aide financière ou de se prévaloir d'un échéancier de paiement raisonnable (ou a omis d'effectuer des paiements conformément à un échéancier de paiement raisonnable) ; et l'approbation préalable des hauts dirigeants a été obtenue.

Le MHS n'intentera pas d'action en recouvrement en justice contre les patients qui ont droit à une aide financière de 100 % au titre de la PAF.

Le MHS n'utilisera pas la comparution forcée au tribunal pour exiger que le/la patient(e) comparaisse devant le tribunal pour les patients qui ont droit à une aide financière de 100 % au titre de la PAF.

Le MHS ne saisira pas le salaire d'un(e) patient(e) qui a droit à une aide financière de 100 % au titre de la PAF.

Une fois l'aide financière déterminée, elle sera appliquée rétroactivement à tous les comptes admissibles selon la PAF qui se trouvent dans les 240 jours suivant le premier relevé de facturation post-sortie.

Tout paiement effectué sur des comptes qui ont droit à une aide financière de 100 % au titre de la PAF sera remboursé à la partie concernée.

OBJET : Politique d'aide financière du MHS
DÉPARTEMENT : SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS
ÉLABORÉ PAR : Comité d'aide financière
RÉVISÉ PAR : Kathryn Keim
APPROUVÉ PAR : Conseil d'administration du MHS

RÉFÉRENCE
DATE DE PRISE D'EFFET :
01/10/2016
DERNIÈRE RÉVISION :
01/10/2020

Si un(e) patient(e) Non assuré(e) a demandé une aide financière et/ou demandé une autre couverture et coopère avec l'hôpital, l'hôpital n'intentera pas d'action en recouvrement avant qu'il n'ait été décidé qu'il n'y a plus de motif raisonnable de croire que le/la patient(e) peut avoir droit à une aide financière ou une autre couverture.

Pour plus d'informations sur les activités de recouvrement du MHS, veuillez consulter la politique et la procédure de facturation et de recouvrement du MHS.

RESPONSABILITÉS SUPPLÉMENTAIRES DES PATIENTS QUI ONT REÇU UNE AIDE FINANCIÈRE SOUS FORME DE REMISE PARTIELLE :

Lorsqu'il a été approuvé que le/la patient(e) reçoive une remise partielle au titre de la PAF, le MHS travaillera avec le/la patient(e) ou la partie responsable pour établir une possibilité de paiement raisonnable.

Si un/une patient(e) se conforme à un échéancier de paiement convenu par l'hôpital, le MHS n'intentera pas d'action en recouvrement.

Si le MHS a donné au/à la patient(e) la possibilité d'évaluer l'exactitude de la facture et a des raisons suffisantes de croire que le/la patient(e) n'a pas droit à une aide financière supplémentaire selon toutes les conditions de la PAF concernant son obligation partielle, et le/la patient(e) continue de ne pas payer, des mesures de recouvrement peuvent être prises par le MHS pour faire respecter les conditions de tout échéancier de paiement.

DÉBOURS MAXIMUM :

Un paiement direct maximum sera exigé des patients Non assurés dont le revenu dépasse 300 % des lignes directrices fédérales sur la pauvreté, comme indiqué à l'annexe 1 (Récapitulatif des directives et remises liées aux revenus). Les frais de services dépassant ce maximum seront réduits de 100 % à titre d'aide financière admissible.

Le montant maximal qui peut être perçu de la part d'un(e) patient(e) sur une période de 12 mois pour les services de soins de santé médicalement nécessaires fournis par le MHS est de 25 % du revenu familial du/de la patient(e) et est assujéti à l'admissibilité continue du/de la patient(e) au titre de la PAF.

La période de 12 mois à laquelle s'applique le montant maximal débute à la première date à laquelle un(e) patient(e) reçoit des services de soins de santé jugés admissibles au titre de la PAF.

Pour être admissible à ce montant maximal appliqué aux frais ultérieurs, le/la patient(e) admissible doit informer le MHS lors d'admissions ultérieures à l'hôpital ou de consultations ambulatoires qu'il/elle a déjà reçu des services de soins de santé du MHS et qu'il/elle a été jugé admissible au titre de la PAF.

Politique d'aide financière

OBJET : Politique d'aide financière du MHS
DÉPARTEMENT : SERVICES FINANCIERS AUX PATIENTS
ÉLABORÉ PAR : Comité d'aide financière
RÉVISÉ PAR : Kathryn Keim
APPROUVÉ PAR : Conseil d'administration du MHS

RÉFÉRENCE
DATE DE PRISE D'EFFET :
01/10/2016
DERNIÈRE RÉVISION :
01/10/2020

PROCESSUS D'APPROBATION :

L'aide financière doit être approuvée comme suit :

	Établissement MHS :
0 \$ à 10 000 \$	Représentants du prestataire de services ou personne de niveau hiérarchique supérieur
10 000 \$ à 25 000 \$	Responsable des Services financiers aux patients ou personne de niveau hiérarchique supérieur
25 000 \$ à 75 000 \$	Directeur des Services financiers aux patients ou personne de niveau hiérarchique supérieur
75 000 \$ à 100 000 \$	Directeur financier
100 000 \$ et plus	PDG ou directeur de l'exploitation

Ces seuils peuvent être ajustés en fonction des changements de prix.

Les limites d'approbation ci-dessus seront prises en compte pour tous les comptes ouverts compte par compte, et non cumulativement, lorsqu'un(e) patient(e) possède plusieurs comptes éligibles.

DOSSIERS D'AIDE FINANCIÈRE :

La demande d'aide financière et les pièces justificatives seront conservées sur papier ou image numérique, en étant indexées de manière appropriée, et seront référencées pour permettre leur récupération et examen ultérieurs.

Le PDG ou le directeur financier de chaque établissement peut à sa discrétion faire des exceptions aux procédures ci-dessus en fonction de circonstances extraordinaires spécifiques, afin d'autoriser une aide financière admissible supplémentaire. Le PDG et le directeur financier du MHS doivent approuver les changements de routine et administratifs apportés à la présente politique, y compris, mais sans s'y limiter, les mises à jour des lignes directrices fédérales sur la pauvreté et de la liste des prestataires du groupe MHS. Tous les changements importants seront approuvés par le conseil d'administration du MHS au nom des sociétés affiliées du MHS.

RÉFÉRENCES :

Règle finale 501(r) du service des impôts et du ministère des finances (IRS and Treasury's 501(r) final rule)

Loi sur la remise destinée aux patients non assurés dans les hôpitaux de l'Illinois (Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act)

Loi sur la facturation équitable des patients de l'Illinois (Illinois Fair Patient Billing Act)

Guide de conformité pour la facturation de tiers du Bureau de l'inspecteur général (OIG Third Party Billing Compliance Guidance), 1998, page 27

CCH-EXP, MED-GUIDE 5267, Commentaire-Frais de soins gratuits de Hill-Burton

Lignes directrices sur la pauvreté du département de la santé et des services sociaux (HHS Poverty Guidelines)