

Statut

Active

Identifiant
PolicyStat

11117338


OSF
HEALTHCARE

Création : 01/06/2009

Approuvé : 20/04/2022

Prise d'effet : 20/04/2022

Prochaine
révision : 19/04/2025

Propriétaire

Kimberly Brust :

Directeur des
comptes clientsCatégorie /
ChapitreOpérations
commerciales

Applicabilité

Toutes les
opérations d'OSF
Unités

Domaines/

Départements

Organisationnel

Aide financière (AC-29)

DÉFINITIONS :

1. **Montant généralement facturé (MGF)** - Le montant généralement facturé représente le paiement prévu pour les services médicaux urgents et nécessaires que le patient ou son garant doit verser. Pour les patients admissibles, cette somme n'excède pas le taux qui sera déterminé en adoptant la Méthode rétrospective décrite dans §1.501(r)-5(b) (3) du Code de revenus interne. La Méthode rétrospective est basée sur toutes les réclamations antérieures payées à OSF par les prestations médicales facturées de Medicare et sur le paiement des réclamations par les Assureurs privés. Les réclamations incluses dans le calcul du MGF sont celles qui ont été validées au cours de l'année précédente. Les montants de la co-assurance, des co-paiements et des franchises sont notés dans le numérateur avec les prestations médicales facturées de Medicare et toutes les réclamations approuvées par les assureurs de santé privés. Les Frais brutes pour lesdites réclamations sont inclus dans le dénominateur. Le MGF est calculé annuellement 45 jours après la cloture de l'année précédente et est appliqué 120 jours après la clôture de l'année.
2. **Pourcentage du montant généralement facturé (MGF)** - Le pourcentage du MGF est calculé chaque année au plus tard le 45e jour de l'année. Il est décrit dans l'Annexe 3 de la présente politique.
3. **Période d'inscription** - C'est la période pendant laquelle les demandes sont acceptées et traitées pour l'Aide financière. La période d'inscription commence le jour où les soins sont administrés et finit au 240e jour après la délivrance du premier relevé de facturation post-service.
4. **Ratio coût/frais** – Le ratio coût/frais d'OSF considéré à partir de son rapport des coûts récemment soumis à Medicare (CMS 2552-96 Fiche de calcul C, Partie I, Ratios des hospitalisations PPS.)
5. **Services admissibles**- Les services admissibles en vertu de la présente Politique d'aide financière sont cliniquement appropriés et répondent aux normes de pratiques médicales généralement acceptées. Ils englobent les services suivants offerts et facturés par OSF :
 - a. Les services médicaux d'urgence fournis dans une situation d'urgence et le traitement administré en pareille circonstance pour stabiliser la maladie du patient.

- b. Les services non électifs fournis pour répondre aux circonstances potentiellement fatales dans une situation non urgente.
 - c. Les services médicaux nécessaires tels qu'ils sont définis par Medicare.
6. **Urgence médicale** - selon la définition de la Section 1867 de la Loi sur la sécurité sociale (42 U.S.C. 1395dd). Le terme « Urgence médicale » désigne un état médical qui se traduit par des symptômes aigus d'une gravité suffisante (notamment des douleurs intenses) au point où l'absence d'une prise en charge médicale immédiate pourrait raisonnablement entraîner :
- a. l'exposition de la santé de l'individu à un grave danger (ou, dans le cas d'une femme enceinte, la santé de la femme ou de son enfant à naître),
 - b. une atteinte grave des fonctions corporelles, ou
 - c. un dysfonctionnement grave de tout organe ou partie du corps, ou
 - d. s'agissant d'une femme enceinte ressentant des contractions :
 - i. le fait qu'il n'y ait pas suffisamment de temps pour effectuer un transfert sans risque vers un autre hôpital avant l'accouchement, ou
 - ii. que ce transfert présente un risque pour la santé ou la sécurité de la femme ou de l'enfant à naître.
7. **Famille** - définie par le Bureau de recensement américain comme un groupe de deux ou plusieurs individus qui vivent ensemble et sont liés par la naissance, le mariage ou l'adoption. Si un patient déclare avoir une personne à charge dans sa déclaration de revenus, conformément aux règles de l'Administration fiscale, cette personne peut être considérée comme une personne à charge dans la détermination de son éligibilité à cette politique.
8. **Revenus familiaux** - Les revenus familiaux d'un candidat représentent la somme de ses gains annuels et de ses prestations en espèces provenant de toutes les sources hors taxes, des paiements effectués pour la pension alimentaire, pour les membres adultes de la famille vivant dans le ménage et mentionnés dans la toute récente déclaration fédérale de revenus. Seuil de pauvreté fédéral (SPF) - Le SPF dépend des seuils de revenus qui varient en fonction de la taille et de la composition de la famille pour déterminer les familles pauvres aux États-Unis. Il est actualisé périodiquement dans le Registre fédéral par le Département américain de la Santé et des ressources humaines en vertu de l'alinéa (2) de la section 9902 du Titre 42 du Code américain. Les directives relatives au SPF sont disponibles sur le lien : <http://aspe.hhs.gov/POVERTY/>.
9. **Garant** : Une personne autre que le patient qui assume la responsabilité du paiement de la facture du patient.
10. **Frais bruts** - C'est le montant total établi par OSF pour les services médicaux. Il est facturé de manière cohérente et uniforme à tous les patients avant l'application de toute allocation contractuelle, réduction ou aide financière.
11. **Sans-abris** - tel que défini par le gouvernement fédéral et publié dans le Registre fédéral du 5 décembre 2011 par HUD : Toute personne ou famille ne disposant pas d'un logement de nuit fixe, habituel et approprié, autrement dit, toute personne ou famille dont le logement de nuit principal est un lieu public ou privé non conçu pour l'habitation humaine ou qui vit dans un endroit public ou privé conçu pour offrir des conditions de logement temporaires. Cette catégorie regroupe les individus qui sortent d'une institution où ils ont vécu pendant 90 jours ou moins, des individus qui ont habité dans des endroits précaires inappropriés pour l'habitation humaine avant d'entrer dans l'institution.

12. Services non couverts

- a. Procédures électives pas médicalement nécessaires et services généralement non couverts par Medicare ou définis par Medicare ou une autre couverture d'assurance maladie pas médicalement nécessaire entre autres : chirurgie Lasik, soin Chiropractic, services de fertilité, lentilles/verres, chirurgie esthétique/soins plastiques, prothèses auditives, orthodontie, services dentaires, soins dentaires, optométrie;
- b. Soins administrés par les prestataires médicaux et non facturés par OSF (individuels ou non – professionnels médicaux ou médecins d'OSF, transport en ambulance, etc.). Les patients doivent directement contacter ces prestataires pour s'enquérir de l'aide disponible et régler les problèmes de paiement. Voir l'Annexe 2 pour la liste complète des prestataires non couverts en vertu de la présente politique;
- c. Soins administrés aux patients assurés, notamment les patients sous-assurés qui ne font pas partie du réseau (ce qui signifie que le prestataire médical ou l'établissement assurant les soins n'est pas un fournisseur du réseau ou dispose d'un contrat avec le régime d'assurance-maladie du patient).

13. **Médicalement nécessaire** - Selon la définition de Medicare, il s'agit de tout service ou élément raisonnable et nécessaire pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure.
14. **Prestations médicales facturées** - Une assurance-maladie disponible en vertu des Parties A et B de Medicare du Titre XVIII de la Loi sur la sécurité sociale (42 USC 1395c - 1395w-5).
15. **Solde à payer par le patient** – Le montant qu'un patient ou son garant doit personnellement payer après avoir considéré toutes les déductions, les remboursements de l'assurance et la réduction pour les non-assurés (selon la définition ci-dessous).
16. **Échéancier de paiement** - Échéancier de paiement défini par OSF et le patient ou le garant du patient pour les dépenses personnelles. Cet échéancier de paiement doit tenir compte des circonstances financières du patient, du montant dû et de tout autre paiement préalable.
17. **Présomption** - Dans certaines circonstances, les patients non assurés peuvent être présumés ou jugés admissibles à une aide financière en fonction de leur inscription à d'autres programmes fondés sur les ressources ou d'autres sources d'information non fournies directement par le patient, dans le but de procéder à une évaluation individuelle des besoins financiers.
18. **Organisme privé d'assurance-maladie** - Toute organisation ne constituant pas une unité gouvernementale et proposant une assurance-maladie, y compris les organisations non gouvernementales proposant un régime d'assurance-maladie dans le cadre de Medicare Advantage.
19. **Période d'éligibilité** - Les demandeurs dont l'éligibilité à l'aide financière a été établie se verront accorder une assistance pour une période de douze mois. Cette assistance sera aussi appliquée de manière rétroactive à tous les comptes éligibles engagés pour les soins reçus pendant la période d'inscription.
20. **Patient non assuré** - Un patient qui ne bénéficie pas de couverture totale ou partielle dans le cadre d'une police d'assurance-maladie, notamment des polices à franchise élevée et qui ne bénéficie d'aucune assurance-maladie publique ou privée, d'aucune prestation de santé ou d'aucun autre programme de couverture maladie (notamment une assurance-maladie privée, un plan ERISA, Medicare, Medicaid ou CHIP ou CHAMPUS), et dont le préjudice, la maladie ou le traitement ne peut être indemnisé dans le cadre de l'indemnisation des travailleurs, de l'assurance automobile, de l'assurance responsabilité civile ou de toute autre assurance de tiers, comme déterminé par OSF sur la base des documents et des informations fournis par le patient ou obtenus auprès d'autres sources, pour le paiement des services de soins de santé fournis par OSF.

21. **Patient sous-assuré** - Une personne bénéficiant d'une couverture d'assurance privée ou publique qui aurait des difficultés financières à payer l'intégralité des frais à la charge du patient prévus pour les soins médicaux dispensés par OSF.

OBJET :

Dans l'esprit du Christ et dans l'exemple de François d'Assise, la mission d'OSF HealthCare (ci-après dénommé collectivement « OSF ») consiste à servir les autres avec la plus grande sollicitude et le plus grand amour dans une communauté qui célèbre le don de la vie.

Pour accomplir cette mission, OSF s'engage à fournir des soins médicaux urgents et médicalement nécessaires aux patients, quels que soient leur statut d'assurance ou leurs moyens financiers. La présente politique d'aide financière est conforme aux lois fédérales et nationales applicables dans notre domaine de service.

Tout patient admissible à l'aide en vertu de cette politique bénéficiera d'une réduction sur les soins reçus auprès des prestataires admissibles d'OSF.

Conformément à cette politique, l'aide financière est octroyée dans l'espoir que les patients coopèrent avec ses procédures d'application et avec celles des programmes de prestations ou de couverture publiques qui peuvent être disponibles pour couvrir le coût des soins. OSF ne pratiquera aucune discrimination basée sur l'âge, le sexe, la race, la religion, la couleur, l'handicap, l'orientation sexuelle, l'origine nationale ou le statut d'immigration en prenant des décisions concernant l'attribution de cette aide financière.

POLITIQUE :

OSF fournit l'Aide financière et les services communautaires selon la tradition des Sœurs du Troisième Ordre de Saint Francis. Tous les patients, indépendamment de leur capacité de payer, sont éligibles pour postuler à cette Aide financière accordée pour les soins administrés dans les établissements d'OSF présentés à l'Annexe 6.

PROCÉDURE :

1. L'Aide financière sera accordée aux patients non assurés et sous-assurés ou à leurs garants qui reçoivent les soins éligibles et remplissent les critères spécifiés ci-dessous. Selon ces critères, la présente Politique d'aide financière doit systématiquement être appliquée au sein d'OSF et doit se conformer aux exigences fédérales et nationales. OSF se réserve le droit de réviser, de modifier ou de changer cette politique selon les besoins.
2. Les candidats à l'Aide financière peuvent postuler pour les programmes publics et maintenir leur assurance-maladie privée. Les patients ou leurs garants qui refusent de coopérer en postulant pour les programmes considérés par OSF comme des potentielles sources de paiement des soins peuvent ne pas bénéficier de cette aide financière. Les postulants doivent contribuer pour leurs soins en fonction de leurs moyens financiers et conformément à la présente politique.
3. Les patients ou leurs garants susceptibles de bénéficier de Medicaid doivent solliciter la couverture de Medicaid ou présenter un refus de Medicaid reçu au cours des six (6) mois précédant la demande d'aide financière adressée à OSF. Les patients ou leurs garants doivent se conformer à la procédure de demande définie dans la présente politique pour obtenir l'Aide financière.

4. OFS utilise une tierce partie pour déterminer si les patients non assurés recevant des soins dans ses hôpitaux sont éligibles pour Medicaid et postulent pour ce dernier. Si l'examen du prestataire révèle que le patient ou ses garants ne sont pas admissibles pour bénéficier de Medicaid et que le dossier médical en fait état, ni le patient ni ses garants ne seront tenus de solliciter la couverture de Medicaid.
5. Les critères qui doivent être considérés par OSF en évaluant un patient pour l'Aide financière englobent les revenus familiaux, la taille de la famille et les obligations relatives aux frais médicaux. Le programme d'aide financière d'OSF est disponible pour tous les patients remplissant les exigences définies dans la présente politique, indépendamment de leur situation géographique ou de leur statut de résident. Cette aide financière sera accordée aux patients ou à leurs garants en fonction des besoins financiers et conformément aux lois fédérales et nationales.
6. L'Aide financière sera accordée aux patients sous-assurés éligibles conformément à l'accord contractuel d'OSF avec l'assureur. Elle n'est généralement pas disponible pour le co-paiement et les soldes imposés au patient après l'assurance lorsque ce patient ne respecte pas scrupuleusement les exigences de l'assurance telles que l'obtention des références et des autorisations appropriées. En règle générale, les soldes hors réseau sont examinés au cas par cas. Les patients possédant des comptes fiscalisés et des comptes médicaux personnels comme les comptes d'épargne santé, les comptes de convention, les comptes de remboursement ou les comptes de gestion-santé doivent utiliser les fonds de compte avant de bénéficier de cette Aide financière. OSF se réserve le droit de reverser les remises décrites dans le présent document s'il détermine légitimement que ces termes violent ses obligations juridiques ou contractuelles.

AIDE FINANCIÈRE

Les demandeurs éligibles, après évaluation de leur revenu familial, de la taille de leur famille et de leurs obligations médicales, pourront bénéficier de l'aide suivante.

Remises octroyées aux patients non assurés : Les patients non assurés bénéficieront des remises décrites à l'Annexe 5 au moment où les charges non actualisées sont rendues et avant que le patient ou son garant ne soit facturé. Si l'assurance ou une autre couverture identifiée dans les prestations des patients non assurés est mentionnée plus tard, les remises du patient non assuré seront prélevées et les charges complètes facturées à cette couverture selon les besoins. Les patients ou leurs garants bénéficiant de ces remises peuvent postuler et être éligibles pour une autre Aide financière accordée dans le présent document.

Soins gratuits et à prix réduits : Le montant total des charges d'OSF est déterminé en vertu de la présente Politique d'aide financière pour les patients non assurés ou sous-assurés ou pour leurs garants dont les revenus familiaux brutes équivalent à ou sont inférieurs à 250 % du Seuil de pauvreté fédéral (SPF) actuel. Une remise à l'échelle progressive sera appliquée aux charges OSF pour les soins couverts dans le cadre de cette Politique d'aide financière et pour les patients non assurés ou sous-assurés ou pour leurs garants dont les revenus familiaux brutes sont supérieurs à 250 % mais inférieurs ou équivalents à 400 % du Seuil de pauvreté fédéral (SPF) actuel. Les soins gratuits et à prix réduits seront administrés en fonction des revenus familiaux du patient ou de son garant et selon le programme suivant :

1. Les patients dont les revenus familiaux sont équivalents à 250 % du Seuil de pauvreté fédéral (SPF) ont droit à une réduction de 100 % sur le Solde qu'ils doivent payer;
2. Les patients dont les revenus familiaux sont supérieurs à 250 % du SPF mais équivalents à ou inférieurs à 300 % du SPF ont droit à une réduction de 75 % sur le Solde qu'ils doivent payer;

3. Les patients dont les revenus familiaux sont supérieurs à 300 % mais équivalents à ou inférieurs à 350 % du SPF ont droit à une réduction de 50 % sur le solde qu'ils doivent payer.
4. Les patients dont les revenus familiaux sont supérieurs à 350 % mais équivalents à ou inférieurs à 400 % du SPF ont droit à une réduction de 25 % sur le solde qu'ils doivent payer.

Pour les patients non assurés avec des revenus familiaux équivalents ou inférieurs à 600 % du Seuil de pauvreté fédéral (SPF), OSF a comparé les remises prévues ci-dessous au 135 % de son Ratio coût/frais et a appliqué les meilleures réductions pour les patients.

Aide aux soins urgents : Les patients ou leurs garants peuvent bénéficier d'une Aide aux soins urgents s'ils ont payé leurs obligations personnelles – après la prise en compte de toutes les déductions, de tous les remboursements de l'assurance et de toutes les remises (notamment les réductions disponibles en vertu de la présente Politique d'aide financière) – découlant des Soins éligibles administrés par OSF, lesquels soins dépassent 25 % des revenus familiaux

Les patients, ou leurs garants ayant droit à une Aide aux soins urgents selon OSF bénéficieront d'une réduction de leurs frais d'OSF. Cette réduction ne devra pas dépasser 25 % de leurs revenus familiaux.

Échéancier de paiement : Le paiement intégral des soldes dus doit être versé après réception de la première fiche du patient. Si un patient ou son garant ne peut pas payer intégralement, l'échéancier de paiement peut être différé pour le solde restant après l'application des remises chez les postulants éligibles à l'Aide financière. Un échéancier de paiement approprié sera adopté par OSF et le patient. Les modalités de cet échéancier de paiement seront basées sur les factures médicales en cours, les revenus familiaux du patient et sur les circonstances atténuantes. Cet échéancier de paiement ne générera pas d'intérêts s'il est approuvé.

Les patients doivent contacter OSF chaque fois qu'un échéancier de paiement préalablement adopté ne peut pas être respecté. Le silence du patient pousse OSF à attribuer son compte à une agence de recouvrement.

OSF se réserve le droit de reverser l'Aide financière décrite dans le présent document s'il estime raisonnablement que ces conditions enfreignent ses obligations juridiques ou contractuelles.

PRÉSUMPTION D'ÉLIGIBILITÉ

OSF sait que tous les patients ne peuvent pas remplir une demande d'aide financière ou se conformer aux demandes visant à obtenir des documents. Dans certains cas, l'admissibilité d'un patient à une Aide financière peut être établie sans que ce dernier ne remplisse le formulaire officiel de demande d'aide financière.

OSF peut se servir d'autres informations pour déterminer si le compte d'un patient est irrécouvrable et si ces informations sont utilisées pour évaluer la présomption d'éligibilité.

Une présomption d'éligibilité peut être accordée aux patients en fonction de leur admissibilité à d'autres programmes ou des circonstances particulières comme :

1. Les patients ou les garants qui ont fait faillite. Dans les cas de faillite, seul le solde du compte à la date de la libération de la faillite sera radié ;
2. Les patients ou les garants qui sont décédés sans avoir de succession en cours d'homologation ;
3. Les patients ou les garants déclarés comme étant sans-abri ;

4. Les patients ou les garants éligibles aux programmes Medicaid d'État (y compris, mais sans s'y limiter, le WIC et le SNAP) peuvent bénéficier d'une aide pour toute obligation de partage des coûts associée au programme ;
5. Les patients éligibles aux programmes SisterCare ou BrotherCare ;
6. Les comptes déclarés irrécouvrables par l'agence de recouvrement pour l'une des raisons susmentionnées ;
7. L'incarcération : lorsque les soins éligibles sont fournis et que leur paiement n'est pas à la charge de la prison ou de l'établissement pénitentiaire dans lequel le patient est incarcéré ;
8. L'incapacité mentale du patient n'ayant personne pour agir en son nom.

OSF sait que certains patients peuvent ne pas répondre à sa procédure de demande. Dans ces circonstances, OSF peut utiliser d'autres sources d'informations pour faire une évaluation individuelle des besoins financiers des patients. Ces informations permettront à OSF de prendre une décision avisée sur les besoins financiers des patients passifs en utilisant les meilleures estimations disponibles lorsque les patients ne peuvent pas directement lui fournir des informations.

OSF peut utiliser une tierce partie pour examiner électroniquement les informations du patient et évaluer ses besoins financiers. Cet examen sera réalisé au moyen d'un modèle de soins médicaux axé sur les bases de données publiques. Ce modèle de prévision intègre les données des dossiers publics pour déterminer le score de la capacité socio-économique et financière qui englobe les estimations pour les revenus, les actifs et les liquidités. Une technologie électronique est développée pour évaluer chaque patient selon les mêmes normes et est étalonnée conformément aux approbations historiques pour l'octroi par OSF de l'Aide financière suivant la procédure de demande classique.

Cette technologie sera déployée avant toute mauvaise cession de dette et après l'épuisement des autres sources d'éligibilité et de paiement. Cette méthode permet à OSF d'examiner tous les patients sollicitant l'Aide financière avant de poursuivre toute action de recouvrement extraordinaire (ARE) comme décrite dans la Politique d'OSF relative à la facturation et au recouvrement des frais à la charge du patient. Les données retournées suite à cet examen électronique serviront de documents adéquats sur les besoins financiers en vertu de la présente politique.

Lorsque l'inscription électronique est utilisée comme source de la présomption d'éligibilité, la remise la plus élevée sera accordée pour les Soins éligibles et uniquement pour leurs dates rétrospectives. Si un patient n'est pas retenu pendant le processus d'inscription électronique, il peut toujours être sélectionné dans le cadre de la procédure classique de demande d'Aide financière. Les patients non éligibles pour l'Aide financière seront informés par OSF à travers un avis écrit sur la non-disponibilité de cette aide. Cet avis comportera un résumé simple de la Politique d'aide financière et des mesures à prendre lorsqu'une demande n'est pas soumise ou lorsque le solde en cours est payé.

Les comptes des patients bénéficiant de la présomption d'éligibilité seront reclassés conformément à la présente Politique d'aide financière. Ils ne seront pas envoyés au service de recouvrement, ne feront pas l'objet d'autres mesures de recouvrement, ne recevront pas de notification écrite de leur qualification électronique et ne seront pas inclus dans les frais de créances douteuses de l'établissement hospitalier.

SERVICES MÉDICAUX D'URGENCE

Conformément aux dispositions de la LOI FÉDÉRALE SUR LE TRAITEMENT MÉDICAL D'URGENCE ET LE TRAVAIL (EMTALA), OSF fournira, sans discrimination, des soins pour des Urgences médicales aux

individus indépendamment de leurs moyens financiers ou de leur éligibilité à l'Aide financière. OSF ne s'engagera pas dans des actions qui empêchent les patients de rechercher des soins pour des urgences médicales, entre autres, de demander le paiement ou la sélection pour l'éligibilité à l'Aide financière ou les informations relatives au paiement avant de recevoir les soins pour ces urgences médicales. OSF peut exiger que les versements à coûts partagés du patient (notamment les co-paiements) soient effectués au moment de l'administration des soins, pourvu que ces demandes n'entraînent pas de retard ou n'enfreignent pas, sans discrimination, la prestation des soins pour ces urgences médicales.

MONTANTS FACTURÉS AUX PATIENTS ÉLIGIBLES POUR BÉNÉFICIER D'UNE AIDE FINANCIÈRE

Le montant général facturé (MGF) représente le paiement que les patients ou leurs garants éligibles pour l'Aide financière doivent verser. Pour les patients éligibles sous-assurés et non assurés, ce montant ne dépassera pas le taux qui sera fixé en utilisant la Méthode rétrospective. Les patients éligibles à l'Aide financière peuvent ne pas être facturés au-delà du MGF pour les urgences médicales ou les autres soins éligibles.

La Méthode rétrospective sera basée sur les montants autorisés dans le cadre des Prestations médicales facturées de Medicare et sur le paiement des réclamations à OSF par les assureurs de santé privés. Les réclamations incluses dans le calcul du MGF engloberont celles qui ont été validées au cours de l'année précédente. Les montants de la co-assurance, des co-paiements et des franchises seront notés dans le numérateur avec les Prestations médicales facturées de Medicare et toutes les réclamations payées par les assureurs de santé privés. Les Frais brutes pour lesdites réclamations seront inclus dans le dénominateur. Le MGF sera calculé annuellement. Les pourcentages seront appliqués au 120^e jour après la clôture de l'année choisie par OSF pour calculer les pourcentages du MGF.

Les patients dont l'éligibilité à l'aide financière a été reconnue ne devront pas payer les Frais bruts pour les soins éligibles lorsqu'ils sont couverts par la Politique d'aide financière d'OSF.

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

L'éligibilité pour l'Aide financière dépendra des besoins financiers au moment de la demande. En général, une certaine documentation est requise pour soutenir la demande d'Aide financière. Si cette documentation n'est pas fournie, OSF peut rechercher d'autres informations.

Il est indispensable de disposer de preuves fiables pour étayer le besoin d'Aide financière.

Les patients ou leurs garants doivent présenter l'un des documents suivants pour permettre de déterminer leur éligibilité en fonction de leurs revenus familiaux :

1. Une copie de la déclaration fédérale des revenus avec tous les Annexes inclus de la récente année fiscale;
2. Les formulaires W2 ou 1099 les plus récents ;
3. Un document attestant des revenus actuels (copie des deux derniers bulletins de paie) ou une attestation de revenu écrite émanant d'un employeur si le paiement est effectué en espèces ;
4. Des documents prouvant d'autres revenus, notamment des indemnités de chômage, des indemnités d'accident du travail, des pensions alimentaires, des revenus de fiducie, des prestations au profit des anciens combattants ;
5. Des relevés de compte courants.

Si un patient ne peut fournir aucun des documents énumérés ci-dessus, OSF collaborera avec lui pour déterminer s'il existe un autre moyen acceptable permettant de documenter les revenus familiaux.

Les demandes d'Aide financière peuvent être soumises 240 jours après la date de la première déclaration de sortie. Si une demande est incomplète ou en cas de nécessité de compléter les informations fournies, la demande reste active pendant 30 jours à compter de la date où le courrier exigeant ces informations a été envoyé au postulant. Si ce dernier ne répond pas au bout de 30 jours, sa demande est rejetée à moins qu'il ne fasse partie de l'une des catégories de patients présentés ci-dessus.

Pendant la période d'examen de la demande complète d'Aide financière (DAF), les procédures de recouvrement seront suspendues. La DAF sera documentée dans le dossier du patient ou scannée et son compte sera créé. La procédure de facturation normale doit continuer pendant la considération et l'examen de la demande d'Aide financière (DAF). Si cette dernière est complète, conforme et approuvée par le Partenaire de mission désigné par OSF, ce détail sera noté dans le dossier du patient et le solde de son compte recevra un code approprié. Les demandes d'Aide financière sont soumises les jours suivants :

Par courrier à l'adresse : Services financiers d'OSF HealthCare
responsables des patients,

B.P. 1701

Peoria, IL 61656-1701

En ligne, sur le lien : OSFHealthCare.org/billing/financial-assistance/ par

Fax : (309) 308-3963

En cas de refus d'octroi de l'Aide financière, le patient ou son garant peut présenter une nouvelle demande chaque fois que son statut ou ses revenus changent.

Les patients postulant pour l'Aide financière en vertu de la présente Politique d'aide financière (PAF) doivent certifier que toutes les informations qu'ils fournissent à OSF sont exactes. Si l'une de ces informations est fautive, toute Aide financière octroyée au patient peut être confisquée et ce dernier paiera les Frais brutes à OSF.

Par ailleurs, les patients doivent informer OSF du changement des documents relatifs à leur situation financière qui a lieu pendant la période d'éligibilité et qui peut affecter la décision d'accorder l'Aide financière trente (30) jours plus tard. Si le patient ne présente pas les documents changés, cela peut annuler l'octroi de cette aide par OSF après le changement des documents.

DÉCISION, APPELS ET RÉOLUTION DES LITIGES

Les patients doivent être informés par écrit de la décision concernant la Politique d'aide financière (PAF) trente (30) jours après la soumission de la demande. Un patient éligible pour l'Aide financière recevra le remboursement du paiement excédentaire du montant déterminé dû sur le

compte où cette aide est virée conformément à la présente Politique d'aide financière. Les remboursements s'appliquent aux paiements excédentaires de plus de 5 dollars. En vertu de cette politique, l'Assistance financière ne concerne généralement pas les co-paiements ou les soldes après l'assurance lorsqu'un patient ne parvient pas à obtenir les références ou les autorisations appropriées ou lorsque cette assistance ne répond pas à l'accord contractuel avec son assureur. En conséquence, les paiements reçus ne seront pas remboursés.

Les patients ont le droit de faire appel de cette décision par écrit dans les 30 jours suivant la réception de la notification à l'adresse suivante :

OSF HealthCare
Patient Financial Services
PO Box 1701
Peoria, IL 61656-1701

Les appels doivent être interjetés dans les 30 jours suivant la décision rendue. Le Directeur général adjoint ou le Mandataire responsable du cycle des revenus examinera l'appel pour plus de considération et sa décision sera définitive.

DURÉE DE LA QUALIFICATION

Si un postulant est déterminé éligible pour l'aide, OSF accordera ladite Aide financière pendant une période de 12 mois à compter de la date de soumission. L'Aide financière sera aussi appliquée de manière rétroactive à toutes les factures impayées pour les comptes éligibles engagés pour les soins reçus pendant la période d'inscription. L'aide ne doit pas être refusée au patient parce que ce dernier n'a pas produit des informations et la documentation non requises dans la demande.

NOTIFICATION D'AIDE FINANCIÈRE

Les informations sur la Politique d'aide financière d'OSF et les instructions sur la manière de contacter OSF pour obtenir de l'aide et des informations supplémentaires, ainsi que des renseignements sur les options de paiement seront affichées dans les lieux d'inscription et d'admission des hôpitaux et des cliniques ainsi qu'au service des urgences des établissements hospitaliers. Ces informations peuvent aussi être données par les navigateurs financiers de l'organisation.

La Politique d'aide financière d'OSF, sa procédure de demande et un résumé simple de sa politique seront disponibles sur site web du système à l'adresse : <https://www.osfhealthcare.org/billing/financial-assistance/>. Ces informations sont aussi disponibles et gratuites en appelant le (800) 421-5700. Si vous avez besoin d'assistance en remplissant la demande d'Aide financière, vous pouvez appeler le (800) 421-5700 pour discuter avec un navigateur financier.

Les informations relatives à la Politique d'aide financière d'OSF seront communiquées aux patients dans une langue culturellement appropriée. Celles concernant l'Aide financière et l'avis affiché dans les établissements hospitaliers et les cliniques seront traduits et disponibles dans toute langue parlée par 1 000 ou 5 % des résidents de la zone de service.

En outre, OSF inclut des références à des politiques de paiement et à l'Aide financière sur tous les relevés mensuels du patient et toutes les lettres de recouvrement imprimés. Les informations sur la Politique d'aide financière d'OSF sont disponibles à tout moment et à la demande du patient.

NON-PAIEMENT DES SOLDES RESTANTS À LA CHARGE DU PATIENT

La Politique de facturation et de recouvrement des frais à la charge du client élaborée par OSF décrit les mesures que OSF peut prendre en cas de non paiement de ces frais. Les patients ou leurs garants peuvent obtenir une copie de la politique d'OSF sur son site web et sur le lien : <https://www.osfhealthcare.org/billing/>

EXIGENCES RÉGLEMENTAIRES

OSF respectera toutes les lois fédérales, nationales et locales, les règles et règlements ainsi que les exigences en matière de rapport qui peuvent s'appliquer aux activités menées conformément à la présente politique. Cette dernière exige que OSF contrôle l'Aide financière octroyée pour établir des rapports précis. Les informations relatives à l'Aide financière fournie dans le cadre de cette politique seront communiquées chaque année comme requis dans l'Annexe H du formulaire 990 de l'Administration fiscale (IRS), dans le Rapport relatif à l'aide financière des hôpitaux auprès du Bureau du Procureur général de l'Illinois au moment où chaque hôpital dépose son rapport concernant les prestations communautaires et dans celui présenté au Procureur général du Michigan.

TENUE DES REGISTRES

OSF documentera toutes les aides financières afin de procéder aux contrôles appropriés et de répondre à toutes les exigences de conformité internes et externes.

RÉFÉRENCES

1. Politique de facturation et de recouvrement des frais à la charge du patient
2. Lignes directrices fédérales sur la pauvreté, ministère américain de la santé et des services sociaux (US Department of Health and Human Services)
3. Avis de l'administration fiscale (IRS) 2015-46 et 29 CFR §§1.501(r) (4) – (6)
4. 42 C.F.R. § 413.89
5. 26 CFR 250 (31 déc. 2014) p78954-79016
6. Loi de l'État du Michigan sur la santé (Healthy Michigan Law)
7. 21 CFR 501(r)-6(c)(6)(i)(C)(2) – remboursement des sommes excédentaires
8. Loi sur la protection sociale du Michigan. MCL 400.105d(2). (14 mars 2014).
<http://www.legislature.mi.gov/>
9. Loi sur la facturation équitable des patients de l'Illinois. 210 ILCS 88. (1er janvier 2007).
<https://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=2798&ChapterID=21>
10. Lois sur les remises accordées aux non assurés de l'Illinois. 210 ILCS 89. (22 décembre 2008).
<https://www.ilga.gov/legislation/ilcs/ilcs3.asp?ActID=3001&ChapterID=21>

PIÈCES JOINTES :

1. Annexe 1 : formulaire de demande d'aide financière
2. Annexe 2 : fournisseurs et départements couverts
3. Annexe 3 : pourcentage du montant général facturé (MGF)

4. Annexe 4 : ratio coût/frais par établissement
5. Annexe 5 : remises accordées aux patients non assurés
6. Annexe 6 : liste des organismes d'OSF

La présente politique est en vigueur pour OSF HealthCare System, OSF HealthCare Foundation et toutes les filiales et affiliées d'OSF HealthCare System selon son en-tête et son contenu. Aux fins de cette politique, les termes « filiales » et « affiliées » renvoient aux établissements ou organismes totalement détenus ou totalement contrôlés par OSF HealthCare System. Les hôpitaux couverts par cette politique englobent :

		Nom tel qu'il figure auprès de Medicare :
X	OSF St. Mary Medical Center	ST MARY MEDICAL CENTER
X	OSF Saint Francis Medical Center	SAINT FRANCIS MEDICAL CENTER
X	OSF Saint James – John W. Albrecht Medical Center	SAINT JAMES HOSPITAL
X	OSF St. Joseph Medical Center	ST JOSEPH MEDICAL CENTER
X	OSF Saint Anthony's Health Center	SYSTÈME OSF HEALTHCARE
X	OSF Saint Anthony Medical Center	SAINT ANTHONY MEDICAL CENTER
X	OSF St. Francis Hospital & Medical Group	ST FRANCIS HOSPITAL
X	OSF Holy Family Medical Center	SYSTÈME OSF HEALTHCARE
X	OSF Saint Elizabeth Medical Center	OTTAWA REGIONAL HOSPITAL & HEALTHCARE CENTER
X	OSF Saint Luke Medical Center	SYSTÈME OSF HEALTHCARE
X	OSF Saint Paul Medical Center	MENDOTA COMMUNITY HOSPITAL
X	OSF Heart of Mary Medical Center	SYSTÈME OSF HEALTHCARE
X	OSF Sacred Heart Medical Center	SYSTÈME OSF HEALTHCARE
X	OSF Little Company of Mary Medical Center	SYSTÈME OSF HEALTHCARE
X	OSF Saint Clare Medical Center	SYSTÈME OSF HEALTHCARE

Pièces jointes

[Annexe 1 : formulaire de demande d'aide financière](#)

[Annexe 2 : prestataires et département couverts](#)

[Annexe 3 : montant généralement facturé \(MGF\)](#)

[Annexe 4 : ratio coût/frais par établissement](#)

[Annexe 5 : remises accordées aux patients non assurés](#)

Signatures d'approbation

Description de l'étape	Approbateur	Date
Éducation/communication	Kimberly Brust : Directeur du Bureau de facturation unique	20/04/2022
Conseil d'administration	Danielle McNear : Assistante de direction	19/04/2022
Comité directeur exécutif	Coordonnateur de la politique clinique : Michael Theisen [MT]	24/03/2022
Présidente d'OSF HealthCare	Sœur Diane Marie : Présidente-sœur	23/02/2022
Conseil réglementaire/des politiques	Michael Theisen : Spécialiste des documents de référence	23/02/2022
Directeur financier	Michael Allen : Directeur financier	08/02/2022
Première vice-présidente, Cycle des recettes	Laurie Hurwitz : première Vice-présidente du Cycle des recettes/ soins Mgd	08/02/2022
Vice-présidente, Comptes clients	Rene Utley : Vice-présidente, Comptes clients	07/02/2022
Notification	Kimberly Brust : Directeur du Bureau de facturation unique	07/02/2022