SSMHealth Rehabilitation Network

Financial Assistance Policy

Approved by:	Date Last Approved:	Date of Issue:	Version:
			2019-1

Les copies imprimées sont fournies à titre indicatif seulement. Veuillez vous référer à la copie électronique pour la dernière version.

Politique d'Aide Financière

La politique d'aide financière du SSM Rehabilitation Network identifie les opportunités d'aide financière aux patients qui sont financièrement ou médicalement indigents et démontrent une incapacité à payer pour les services qui leur sont fournis ou à leurs personnes à charge. La politique d'aide financière (FAP) fournit et établit des lignes directrices pour l'aide financière qui garantit le respect de toutes les directives étatiques, fédérales et réglementaires.

SSM Rehabilitation Network s'engage à fournir une aide financière aux personnes qui ont des besoins en matière de soins de santé et qui ne sont pas assurées ou sous-assurées. Conformément à sa mission de fournir des services de santé compatissants, de haute qualité et abordables et de défendre les intérêts des personnes pauvres et privées de leurs droits, SSM Rehabilitation Network s'efforce de garantir que la capacité financière des personnes qui ont besoin de services de santé ne les empêche pas de rechercher ou de recevoir des soins.

En conséquence, cette politique :

- Inclut des critères d'admissibilité à l'aide financière
- Décrit la base de calcul des montants généralement facturés (AGB) aux patients admissibles à une aide financière en vertu de la politique
- Décrit la méthode par laquelle les patients peuvent demander une aide financière
- Limite les montants que l'hôpital facturera pour les soins médicaux nécessaires fournis aux personnes admissibles à une aide financière à l'AGB.
- Répertorie l'aide financière et les autres escomptes qui peuvent être accordés aux patients

L'aide financière n'est pas considérée comme un substitut à la responsabilité personnelle. Les patients doivent coopérer avec les procédures du Penn State Health Rehabilitation Hospital} pour obtenir une aide financière ou d'autres formes de paiement, et contribuer aux coûts de leurs soins en fonction de leurs capacités individuelles de payer. Les personnes ayant la capacité financière de souscrire une assurance maladie sont encouragées à le faire, afin d'assurer l'accès aux services de soins de santé, pour leur santé personnelle globale et pour

la protection de leurs biens individuels. SSM Rehabilitation Network peut à tout moment définir et réviser les critères d'admissibilité à l'aide financière.

PORTÉE :

Cette politique s'applique au SSM Bridgeton Rehabilitation Hospital, au SSM Richmond Heights Rehabilitation Hospital et au SSM Lake St. Louis Rehabilitation Hospital.

DÉFINITIONS :

I. **Période de la demande** : Défini comme le temps accordé aux patients par l'hôpital pour remplir la demande d'aide financière. Il commence le premier jour lors de la prestation des soins et se termine le 240e jour après que l'hôpital a fourni à la personne le premier relevé de facturation après la sortie pour les soins prodigués.

II. **Zone de service admissible** : Les principaux bénéficiaires de la politique d'aide financière sont censés être les patients résidant dans un rayon de 50 milles (80,5 km) de tout hôpital du SSM Rehabilitation Network .

III. **Dimension de la famille** : La dimension de la famille est définie par l'Internal Revenue Service et est égale au nombre de personnes pour lesquelles le contribuable a droit à une déduction sur sa déclaration de revenus fédérale. Si la documentation fiscale de l'IRS n'est pas disponible, la dimension de la famille sera déterminée par le nombre de membres de la famille documentés et vérifiés sur la demande d'aide financière.

IV. **Revenu familial** : Le « revenu familial annuel » est déterminé à l'aide de la définition du Census Bureau, qui utilise le revenu suivant lors du calcul des lignes directrices fédérales sur la pauvreté (FPL):

A. Ceci comprend les gains, l'indemnisation du chômage, l'indemnisation des accidents du travail, la sécurité sociale, le revenu de sécurité supplémentaire, l'aide publique, les paiements aux anciens combattants, les prestations de survivant, les pensions ou les revenus de retraite, les intérêts, les dividendes, les loyers, les redevances, les revenus des successions, les fiducies, l'aide à l'éducation, la pension alimentaire, allocation pour enfants, aide extérieure au ménage et autres sources diverses.

B. Les avantages non monétaires (tels que les bons alimentaires et les subventions au logement) ne comptent pas ;

C. Déterminé sur une base avant impôt ;

D. Exclus les gains ou pertes de capital ; et

E. Comprend le revenu de tous les membres de la famille qui sont inclus dans la dimension de la famille. (Les non-parents, comme les colocataires, ne comptent

pas).

V. **Niveau fédéral de pauvreté (FPL)** : Le montant minimum fixé du revenu brut dont une famille a besoin pour la nourriture, les vêtements, le transport, le logement et autres nécessités. Il est déterminé par le Département de la Santé et des Services Sociaux et est ajusté en fonction de l'inflation et communiqué annuellement sous la forme de lignes directrices sur la pauvreté.

VI. **Aide Financière** : Définis comme des services de soins de santé gratuits ou à prix réduit fournis aux personnes qui n'ont pas les moyens de payer la totalité ou une partie de leur responsabilité financière pour les services et qui satisfont aux critères de la politique d'aide financière du SSM Rehabilitation Network.

VII. **Indigence financière** : Les personnes financièrement démunies comprennent les personnes non assurées et sous-assurées qui satisfont à l'admissibilité d'une institution pour des soins à prix réduits jusqu'à une réduction de 100%.

VIII. **Indigence médicale** : Les patients médicalement indigents comprennent les personnes dont les frais médicaux sont catastrophiques et pour lesquelles le paiement des factures médicales menacerait la viabilité financière familiale. La qualification de patient médicalement indigent ne nécessite pas la qualification d'indigent financièrement. En règle générale, les personnes médicalement indigentes ont droit à des réductions de leurs obligations de payer pour les services médicaux rendus. Le programme d'indigence médicale prend en compte la capacité du patient à payer sans liquider les actifs essentiels à sa vie ou à sa source de revenu, tels que la maison, la voiture, les effets personnels, etc. Tous les patients sont admissibles pour être considérés comme médicalement indigents à l'exception des patients dont le revenu est inférieur à 200% de la FPL, car ces patients sont considérés comme admissibles à une aide financière de 100% selon la définition d' indigent financier.

IX. **Services médicaux nécessaires** : Définis par Medicare comme services ou éléments raisonnables et nécessaires pour le diagnostic, la prévention ou le traitement d'une maladie, d'une blessure ou d'une pathologie).

X. **Responsabilité du patient** : Le montant qu'un patient est personnellement responsable de payer après toutes les remises disponibles, y compris les remises de non-assuré, les remises d'aide financière et les remises en raison de la limitation des frais pour les patients conformément aux règlements 501 (r).

XI. **Communauté ordinaire** : Un groupe confessionnel lié par les affaires, une culture partagée et une vie simple (p.ex. Amish, Mennonite)

XII. **Sous-assuré** : Le patient bénéficie d'un certain niveau d'assurance ou d'aide d'un tiers, mais a encore des dépenses personnelles qui dépassent ses capacités financières.

XIII. **Non assuré** : Le patient n'a pas de couverture d'assurance pour les soins médicaux nécessaires fournis.

PROCESSUS :

I. **Services admissibles** : Aux fins de cette politique, tous les services médicaux nécessaires fournis par l'hôpital sont admissibles.

II. **Critères d'admissibilité à l'aide financière** : L'admissibilité à une aide financière sera considérée pour les personnes qui :

A. Ont une assurance maladie limitée ou inexistante ;

B. Coopèrent avec les politiques et procédures du SSM Rehabilitation Network ;

C. Font preuve de besoin financier ;

D. Fournissent toutes les informations requises pour traiter la demande ; and

E. Remboursent à l'hôpital toutes les sommes versées directement au patient par une assurance.

L'octroi de l'aide financière doit être basé sur une détermination individualisée des besoins financiers sans distinction de race, de couleur d'origine nationale, de religion, de sexe, d'identité de genre, d'orientation sexuelle, de handicap, d'âge, d'état matrimonial, de statut socio-économique ou de source de paiement. La détermination de l'aide financière sera effective pour une période maximale de 60 jours. Cette admissibilité débute à la date d'approbation et englobe toutes les créances impayées, y compris celles des agences de créances douteuses.

III. **Les besoins financiers et l'éligibilité seront déterminés conformément aux procédures suivantes :**

A. **Demande** - Pour être admissible à une aide financière, le patient ou le garant doit remplir le formulaire de demande d'aide financière aux patients et soumettre les documents demandés pour justifier les revenus et les dépenses déclarés. Les demandes d'aide financière doivent être complètes et précises et inclure la preuve vérifiable du revenu et/ou des capitaux ainsi que les dépenses inhabituelles.

Les patients peuvent également soumettre une demande verbalement, soit par

téléphone ou en face à face. Le représentant du bureau des admissions documentera les réponses du patient sur le formulaire de demande et le patient vérifiera et confirmera toutes les informations. Toutes les pièces justificatives doivent être fournies pour que la demande soit considérée comme complète.

Les valeurs de respect et d'intendance du SSM Rehabilitation Network doivent être reflétées dans le processus de demande, la détermination des besoins financiers et l'octroi d'une aide financière. Les demandes d'aide financière doivent être traitées rapidement et SSM Rehabilitation Network doit en informer le patient ou le demandeur dans un délai raisonnable après réception d'une demande dûment remplie. Chaque patient a la possibilité de demander une aide financière avant le traitement et tout au long de la période de demande.

Les demandes d'aide financière nécessitent les documents suivants (veuillez noter que les documents ne seront pas acceptés s'ils sont modifiés) :

1. Demande écrite / verbale complétée
2. Relevés bancaires / d'épargne des trois derniers mois
    a) Une explication de tout dépôt / dépense inhabituel sur les relevés bancaires / d'épargne
    b) Les documents doivent refléter tous les dépôts.
3. Vérification du revenu pour le demandeur.
    a) La vérification des revenus peut inclure (liste non exhaustive) : fiches de paie, chèques de chômage, lettres / chèques d'attribution de sécurité sociale, lettres d'indemnisation d'invalidité, documents de pension alimentaire pour enfants et vérification de la pension.
    b) Si le garant a déclaré être marié, déclarant conjointement les impôts les plus récents, le garant doit également envoyer une vérification du revenu du conjoint.
4. Documentation de déclaration de revenus
    a) Dernière déclaration de revenus déposée ou lettre de non-dépôt de l'IRS. Les taxes doivent être accompagnées de tous les annexes (A-F) et des documents (W2, 1099) à l'appui pour être considérées complètes.
5. Lettre d'approbation / de refus de Medicaid
    a) Ceci n'est obligatoire que si l'hôpital a présélectionné le patient pour l'admissibilité à Medicaid.
    b) Si le patient est présélectionné comme potentiellement admissible, il doit coopérer avec le processus de demande Medicaid pour être

admissible à une aide financière avec SSM Rehabilitation Network.

6. Les documents supplémentaires qui peuvent être demandés (pour qualifier le patient pour l'indigence médicale) comprennent :
   a) Vérification des dépenses mensuelles
   b) Toutes les factures médicales, la facture de logement et toute autre facture essentielle aux besoins de base de la vie.
   c) Une déclaration de revenus / déclaration de soutien

B. **Examen des actifs du patient** : Les actifs disponibles de plus de 5 000 $, à l'exception des actifs protégés énumérés ci-dessous, seront ajoutés au revenu de l'année en cours pour établir le niveau d'aide financière à offrir au patient.

Les actifs protégés comprennent :

1. 50% de la valeur nette de la résidence principale jusqu'à 50 000 $;
2. Véhicules à usage professionnel ;
3. Outils ou équipements utilisés pour les affaires ; Équipement raisonnable requis pour poursuivre ses activités ;
4. Biens à usage personnel (vêtements, articles ménagers, meubles) ;
5. IRA, 401K, régimes de retraite à valeur de rachat ;
6. Indemnités financières reçues dans le cadre d'urgences catastrophiques non médicales ;
7. Fiducies irrévocables à des fins d'inhumation, plans funéraires prépayés ; et / ou ;
8. Plans d'épargne collégiaux administrés par le gouvernement fédéral / l'État.

C. **Demandes incomplètes** : Toutes les demandes incomplètes recevront une lettre de notification qui détaillera les informations nécessaires pour satisfaire aux exigences de documentation pour l'admissibilité. Si le demandeur envoie une documentation incomplète une deuxième fois, il recevra une lettre et une tentative d'appel téléphonique pour informer le patient que sa demande n'est pas complète.

Les demandes d'aide financière peuvent être retournées au bureau des admissions de l'hôpital où les soins ont été dispensés.

Les questions sur la politique d'aide financière peuvent être adressées au bureau des admissions de l'hôpital où les soins ont été fournis ou au bureau central de facturation au 888-868-1103.

IV. **Zones de services admissibles** : L'admissibilité à l'aide financière peut être limitée aux résidents dans un rayon de 50 milles (80,5 km) de tout établissement au sein des entités opérationnelles du SSM Rehabilitation Network.

V. **Coopération pour établir la couverture** : SSM Rehabilitation Network, aidera de manière proactive les patients à postuler à des programmes publics et privés pour établir une couverture pour les services de soins de santé. Le SSM Rehabilitation Network peut refuser un soutien financier aux personnes qui ne coopèrent pas pour postuler à ces programmes (par ex. Medicaid, COBRA, Ticket to Work) qui peuvent payer pour leurs services de soins de santé.

VI. **Services hors du réseau** : Les hôpitaux du SSM Rehabilitation Network ne font pas partie du réseau pour certains régimes d'assurance. En tant que fournisseur hors réseau, SSM Rehabilitation Network ne peut recevoir aucun remboursement de la part de l'assureur. Les patients qui recherchent des services dans les hôpitaux du SSM Rehabilitation Network, hors du réseau de leur régime d'assurance, ne sont pas admissibles à une aide financière.

VII. **Patients internationaux / voyageurs** : L'aide financière ne sera pas disponible pour les patients internationaux / voyageurs.

VIII. **Patients de Communautés de gens simples** : En raison de l'incapacité de ces patients à coopérer pour demander une couverture d'assurance et de leur possibilité de fournir les pièces justificatives nécessaires, ces patients ne seront pas admissibles à l'aide financière. Un rabais sera accordé aux patients de la Communauté des gens simples.

IX. **Réductions pour les patients** :

A. **Réductions caritatives** : SSM Rehabilitation Network offre une réduction caritative pour les patients admissibles en fonction des directives fédérales sur le niveau de pauvreté. La réduction caritative pour soins s'applique à la responsabilité résiduelle du patient après l'assurance pour les patients assurés. Ci-dessous sont indiquées les réductions qui seront appliquées :

Échelle variable d'admissibilité basée sur le niveau fédéral de pauvreté

Niveau fédéral de pauvreté	Remise de l'aide financière
0% – 200%	100%
201% - 250%	80%
251% - 300%	60%
301% - 350%	50% du montant supérieur à 2000 $
351% - 400%	20% du montant supérieur à $2 000

Plus que 400%	0%

B. **Réductions pour les Communautés des gens simples** : Les membres d'une Communauté de gens simples établie bénéficieront d'une réduction dans la fourchette moyenne de Medicare Honoraire-par-Service et de l'assurance maladie privée à 10 points de pourcentage en dessous de la moyenne.

C. **Réductions catastrophiques** : Les patients peuvent avoir droit à une réduction au cas par cas en fonction de leurs circonstances spécifiques, telles qu'une maladie catastrophique ou une indigence médicale, à la discrétion du SSM Rehabilitation Network. Des renseignements additionnels peuvent être demandés.

X. **Montant généralement facturé (AGB) / Limitation des frais** : SSM Rehabilitation Network limite le montant facturé pour les soins médicaux nécessaires fournis aux patients qui sont admissibles à une aide financière en vertu de cette politique à un maximum de frais bruts pour les soins multipliés par le pourcentage AGB. Le pourcentage AGB est déterminé à l'aide de la méthode d'analyse rétrospective. (Voir l'Annexe A).

XI. **Relation avec les Politiques de recouvrement** : Les patients / garants doivent payer le montant de leur compte qui n'est pas admissible à l'aide en vertu de cette politique. Les patients / garants qui ne règlent pas leur solde après l'application des remises associées seront soumis aux procédures normales de recouvrement.

A. **Détermination de l'admissibilité** : Le SSM Rehabilitation Network cherche à déterminer si un patient est admissible à une aide en vertu de cette politique avant ou au moment de l'admission ou du service. Si un patient n'a pas été jugé admissible à une aide financière avant sa sortie ou son service, le SSM Rehabilitation Network l facturera les soins. Si le patient est assuré, SSM Rehabilitation Network facturera à l'assureur du patient enregistré les frais encourus. Sur décision de l'assureur du patient, toute responsabilité restante du patient sera facturée directement au patient. Upon adjudication from the patient's insurer, any remaining patient liability will be billed directly to the patient. Si le patient n'est pas assuré, le SSM Rehabilitation Network facturera au patient directement les frais engagés. Les patients recevront une série de jusqu'à quatre relevés de facturation sur une période de 120 jours commençant après la sortie du patient, envoyés à l'adresse enregistrée pour le patient. Seulement les patients dont le solde est impayé recevront un relevé de facturation. Les relevés de facturation comprennent un résumé en langage clair de cette politique et comment demander une aide financière. Les efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité comprennent : notification au patient de la politique lors de l'admission et dans les communications écrites et orales avec le patient concernant la facture du patient, un effort pour informer la personne par téléphone de la politique et du processus de demande d'aide au moins 30 jours avant d'initier toute action en justice et une réponse écrite à toute demande d'aide financière en vertu de la présente politique soumise dans

les 240 jours suivant le premier relevé de facturation concernant le solde impayé ou, le cas échéant, la date à laquelle une agence de recouvrement travaillant pour le compte de SSM Rehabilitation Network restitue le solde impayé à l'hôpital.

B. **Actions de recouvrement pour les soldes impayés:** Si un patient a un solde impayé après avoir reçu jusqu'à quatre relevés de facturation pendant une période de 120 jours, le solde du patient sera référé à une agence de recouvrement représentant SSM Rehabilitation Network qui poursuivra le paiement. Les agences de recouvrement représentant le SSM Rehabilitation Network ont la possibilité de poursuivre la collecte pendant un maximum de 18 mois à partir du moment où le solde a été envoyé à l'agence de recouvrement. A patient may apply for financial assistance under this Policy even after the patient's unpaid balance has been referred to a collection agency. Après qu'au moins 120 jours se sont écoulés depuis le premier relevé de facturation post-sortie indiquant les frais qui restent impayés, et au cas par cas, SSM Rehabilitation Network peut poursuivre le recouvrement par le biais d'un procès lorsqu'un patient a un solde impayé et ne veut pas coopérer avec les demandes d'informations ou de paiement du SSM Rehabilitation Network ou d'une agence de recouvrement travaillant pour leur compte.

In no case will Medically Necessary Care be delayed or denied to a patient before reasonable efforts have been made to determine whether the patient may qualify for financial assistance. Au SSM Rehabilitation Network, un patient non assuré qui cherche à planifier de nouveaux services et qui n'a pas été présumé admissible à une aide financière, sera contacté par un représentant qui informera le patient de la politique et l'aidera à initier une demande d'aide financière à sa demande.

C. Examen et approbation

Le représentant de SSM Rehabilitation Network a le pouvoir d'examiner et de déterminer si des efforts raisonnables ont été faits pour évaluer si un patient est admissible à une aide en vertu de la politique de sorte que des actions de recouvrement extraordinaires puissent commencer pour un solde impayé.

XII. **Prestataires couverts** : Certains services sont assurés par les médecins qui ne sont pas couverts par la politique d'aide financière de SSM Rehabilitation Network. Ces services peuvent être couverts par la politique d'aide financière du SSM Rehabilitation Network System disponible en ligne à www.ssmhealth.com. Les médecins travaillant au SSM Rehabilitation Network qui ne sont *pas* couverts par cette politique sont identifiés par leur nom dans l'**Annexe B, Liste des Prestataires** . La liste est mise à jour tous les trimestres et est également disponible en ligne à l'adresse www.ssm-rehab.com , dans nos zones d'admission et sur demande auprès d'un représentant du SSM Rehabilitation Network.

XIII. **Exigences réglementaires** : Lors de la mise en œuvre de cette politique, la direction et les installations du SSM Rehabilitation Network doivent se conformer à toutes les

autres lois fédérales, étatiques et locales qui peuvent s'appliquer aux activités menées conformément à cette politique.

XIV. **Documentation** : Patient Business Services conservera des registres de ses demandes d'aide financière, des déterminations d'aide financière et des avis aux patients pour documenter adéquatement leur application juste et cohérente de cette politique conformément à notre politique sur la conservation et la destruction des dossiers

XV. **Rapports annuels** : Chaque hôpital sera tenu de déclarer les informations relatives à l'aide financière et aux services non couverts pour Medicaid et d'autres programmes d'aide publique pour les indigents dans le dossier de divulgation annuel et dans le programme logiciel Community Benefit Inventory for Social Accountability (CBISA).

Les informations à collecter comprennent :

1. Nombre total de personnes traitées :
2. Total des frais pardonnés ;
3. Coût total de l'aide financière tel que défini dans la présente politique et ;
4. Dépenses liées à la fourniture de l'aide financière

Les taxes des prestataires, les évaluations ou les honoraires ou les fonds DSH de Medicaid dans l'état approprié, sont utilisés en tout ou en partie pour compenser le coût de l'aide financière.

XVI. **Questions relatives à la politique** : Si des questions opérationnelles se posent quant à l'application de certaines lignes directrices contenues dans cette politique, elles doivent être référées au bureau des admissions de l'hôpital où les services ont été fournis ou au bureau central de facturation au 888-868-1103.