

Politique relative à l'aide financière

Atrium Health, Aurora Health care, Advocate Health Care et leurs filiales (collectivement Advocate Health) s'engagent à prendre soin de la santé et du bien-être de tous les patients, quelle que soit leur capacité à payer. La mission d'Advocate Health est d'aider les patients éligibles des communautés que nous desservons à obtenir une couverture médicale de différents programmes et d'octroyer une aide financière à ceux qui sont dans le besoin tel que décrit dans la présente politique. La présente politique décrit la procédure, les conditions et les critères d'éligibilité relatifs aux programmes d'aide financière d'Advocate Health.

Advocate Health offre une assistance à la couverture médicale et une aide financière aux personnes éligibles en ayant pour objectifs les cinq points suivants :

- Incarner la valeur fondamentale d'Atrium Health : « Prendre soin ».
- S'assurer que les patients ont épuisé toutes les autres options de couverture médicale avant de pouvoir bénéficier d'une aide financière.
- Fournir une aide financière en fonction de la capacité du patient à payer.
- S'assurer qu'Advocate Health se conforme aux règlements fédéraux et/ou étatiques applicables en matière d'aide financière.
- Mettre en place des processus qui allègent la charge pour les patients et dont la gestion est économique.

Advocate Health fournira toujours des soins d'urgence, quelle que soit la capacité de paiement du client, conformément aux réglementations fédérales EMTALA.

La présente politique s'applique aux services médicaux facturés par :

- Une entité d'Advocate Aurora Health, Inc. ou un prestataire participant qui a été dispensé par un hôpital de Wisconsin Aurora Health Care
- Un prestataire de soins de santé employé par Wisconsin Aurora Health Care
- Un prestataire participant du Wisconsin
- Un hôpital d'Illinois Advocate Health
- Un prestataire de soins de santé employé par Illinois Advocate Health ou un prestataire participant de l'Illinois
- Une entité d'Atrium Health ou l'Atrium Health Medical Group

Une liste des établissements et des groupes de prestataires qui ne sont pas employés par Advocate Health et qui ne sont pas couverts par la politique d'aide financière d'Advocate Health est disponible sur nos pages web relatives à l'aide financière :

Atrium Health: <https://atriumhealth.org/for-patients-visiters/financial-assistance>

Advocate Health Care : <http://www.advocatehealth.com/financialassistance>

Aurora Health Care: <http://www.aurorahealthcare.org/patients-visiters/billing-payment/financial-assistance>

Définitions

Les termes utilisés dans la présente politique doivent être interprétés comme suit :

Montants généralement facturés (AGB) : montants généralement facturés pour des soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires aux personnes qui ont souscrit une assurance couvrant ces soins. Les

personnes éligibles à l'aide financière ne seront jamais redevables de montants supérieurs aux montants généralement facturés (AGB) à un patient assuré. L'AGB est calculée selon la méthode de rétrospection annuelle qui consiste à établir la moyenne des demandes de remboursement de Medicare et de tous autres assureurs tiers pour des prestations hospitalières médicalement nécessaires facturées sur une période de 12 mois. Les informations concernant les calculs d'AGB peuvent être demandées en consultant la politique de facturation et de recouvrement d'Advocate Health sur le site d'Advocate Health ou en appelant le service clientèle au numéro 1-800-326-2250 pour les entités et prestataires de Wisconsin Aurora Health Care, 847-795-2300 pour les entités et prestataires d'Illinois Advocate Health, et 704-512-7171 pour les entités et prestataires d'Atrium Health.

Facultatif : services qui, de l'avis du prestataire de soins de santé, ne sont pas nécessaires, sont de nature esthétique, ou peuvent être reportés sans danger.

Patient éligible : un patient qui répond aux conditions d'éligibilité à l'aide financière énoncées dans la présente politique.

Soins d'urgence : soins nécessaires immédiatement, de l'avis d'un prestataire de soins, pour éviter de mettre la santé du patient en grave danger, d'altérer gravement les fonctions corporelles ou de causer un important dysfonctionnement d'organes ou de parties du corps.

EMTALA : Advocate Health fournira sans discrimination des soins pour toutes urgences médicales subies par des personnes, qu'elles soient ou non en mesure de payer ces soins ou qu'elles soient ou non éligibles au titre de la présente politique. Ces soins seront dispensés conformément à la loi Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA), section 1867 de la loi Social Security Act (42 U.S.C. 1395dd).

Federal Poverty Guidelines (FPG) : les seuils de revenus applicables aux ménages, établis périodiquement dans le Registre fédéral par le ministère américain de la Santé (*U.S. Department of Health and Human Services*) en vertu de l'article 42 U.S.C. §9902(2).

Défenseurs/conseillers financiers : Membres de l'équipe Advocate Health qui aident les patients non assurés ou assurés en examinant la situation financière actuelle du patient pour identifier les programmes de couverture médicale et d'aide financière ; ils guident ces patients dans le processus d'inscription à ces programmes, les sensibilisent au coût des soins de santé et les accompagnent dans la gestion globale de la responsabilité financière du patient.

Score d'aide financière (score FAS) : information fournie par des prestataires tiers et visant à offrir un mécanisme proactif, cohérent et automatisé pour étayer le profil financier d'un patient.

Normes de pratique médicale généralement acceptées : normes fondées sur des preuves scientifiques crédibles parues dans des publications médicales agréées par les pairs et généralement reconnues par la communauté médicale concernée ; il s'agit des recommandations de la Physician Specialty Society, d'opinions de médecins spécialistes du domaine clinique en question, et de nombreux autres facteurs.

Ménage : le patient et toutes personnes (conjoint(e), enfants ou autres dépendants) pouvant figurer sur une déclaration d'impôt fédéral sur le revenu, que le patient dépose ou non une déclaration d'impôt.

Revenu financier du ménage : la somme de toutes les sources de revenus perçus sur une période de 12 mois par certaines personnes vivant dans le ménage, y compris mais sans s'y limiter :

- Les revenus d'emploi annuels bruts du ménage avant impôt
- Les allocations chômage
- Les indemnités des travailleurs
- La sécurité sociale et les revenus supplémentaires de sécurité (*Supplemental Security Income*)
- Les paiements aux anciens combattants
- Le revenu de retraite
- Les autres revenus applicables, tels que : loyers, allocations, pensions alimentaires pour enfants et tous autres revenus quelle qu'en soit la source.

Assurés : patients qui sont assurés et couverts par un assureur tiers.

Groupe médical : services médicaux professionnels fournis par des prestataires employés par Advocate Health.

Médicalement nécessaire : services de santé qu'un prestataire, prononçant une opinion clinique avisée, fournirait à un patient dans le but d'évaluer, diagnostiquer ou traiter une maladie, une blessure ou ses symptômes. Ces services sont conformes aux normes généralement acceptées de la pratique médicale et/ou cliniquement appropriés, en termes de type, de fréquence, d'étendue, de site et de durée, et considérés comme efficaces pour la maladie, la blessure ou la condition du patient.

Autres options de couverture : Options qui donneraient lieu à un paiement en tiers payant sur le ou les dossiers d'aide de couverture médicale et d'aide financière sujets à révision, y compris mais sans s'y limiter : L'indemnisation des travailleurs, les régimes gouvernementaux tels que Medicare et Medicaid, les régimes d'agences étatiques ou fédérales, l'assistance aux victimes, etc., ou la responsabilité civile liée aux accidents de la route ou autres.

Prestataires participants : prestataires de soins de santé indépendants qui s'engagent à respecter la présente politique en matière de services facturables dispensés dans les hôpitaux Advocate Health. Les prestataires peuvent être contactés directement pour savoir s'ils sont prestataires participants.

Résumé en termes clairs et simples (PLS) : un résumé de la présente politique en termes simplifiés permettant de comprendre les critères d'éligibilité et la manière d'introduire une demande d'aide financière.

Éligibilité présumée : conformément aux lois et réglementations de l'État, la détermination de l'éligibilité à l'aide financière sur la base de critères spécifiques considérés comme des preuves des besoins financiers d'un patient non assuré qui n'a pas déposé de demande d'aide financière.

Assureurs tiers : toute partie chargée du paiement pour le compte d'un patient : compagnies d'assurance, indemnisation des travailleurs, régimes gouvernementaux tels que Medicare et Medicaid, régimes d'agences étatiques ou fédérales, assistance aux victimes, etc., ou la responsabilité civile liée aux accidents de la route ou autres. Les régimes de partage des frais de santé, y compris mais sans s'y limiter, MediShare ne sont pas considérés comme assureurs tiers.

Solde à charge du patient : la portion de la facture d'un patient que celui-ci ou son garant est légalement tenu de payer après toute réduction applicable.

Patient non assuré : patient qui n'est pas couvert, en tout ou en partie, par un assureur tiers et qui n'est pas bénéficiaire d'une assurance santé publique ou privée ou d'un autre régime de couverture médicale (y compris mais sans s'y limiter, l'assurance privée, Medicare, Medicaid ou Crime Victims Assistance) et dont le préjudice de santé n'est pas indemnisable au titre d'indemnisation des travailleurs, assurance automobile, responsabilité civile ou autre assurance tierce, tel que déterminé par Advocate Health sur la base des documents et informations fournis par le patient ou obtenus d'autres sources pour le paiement des soins de santé dispensés par Advocate Health.

Patients non assurés

La situation des patients non assurés sera examinée en vue d'octroi d'aide financière par le biais d'un processus automatisé ou via le processus relatif à l'assistance de couverture médicale exécuté par le conseiller financier d'Advocate Health ou par son équipe. Les défenseurs d'Advocate Health ou les conseillers financiers examineront les dossiers des patients non assurés demandant une aide afin d'identifier les options de couverture médicale avant de déterminer leur éligibilité à l'aide financière.

Processus de l'assistance à la couverture médicale

- Les patients non assurés admis à l'hôpital ou qui reçoivent des services ambulatoires donnant lieu à des frais importants seront interviewés par le conseiller financier d'Advocate Health ou par son équipe. L'entretien a pour but de recueillir les informations nécessaires pour évaluer l'éligibilité du patient aux options de couverture médicale (p.ex., Medicaid) et les informations permettant de déterminer son éligibilité à l'aide financière.
- Si les patients non assurés n'ont pas été interviewés avant leur sortie de l'hôpital, le conseiller financier d'Advocate Health ou son équipe tenteront de contacter le patient afin d'obtenir les informations nécessaires à l'entretien. En outre, les patients peuvent demander un entretien en composant le numéro indiqué dans la correspondance du conseiller financier d'Advocate Health ou de son équipe, en appelant le service clientèle ou en téléchargeant un formulaire d'inscription et en l'envoyant au conseiller financier d'Advocate Health ou à son équipe.
- Si le processus d'assistance à la couverture médicale indique une forte probabilité que le patient pourra prétendre aux options d'assistance à la couverture médicale (p.ex. Medicaid), le patient devra effectuer les démarches liées à ces options de couverture médicale, avec l'aide du conseiller financier d'Advocate Health ou de son équipe, avant d'être éligible à l'aide financière d'Advocate Health.
- **Si le patient coopère pleinement au processus de recherche d'options de couverture médicale**, mais que l'éligibilité pour celle-ci est improbable ou refusée pour des raisons autres que la non-conformité du patient, Advocate Health déterminera l'éligibilité du patient à l'aide financière.
- **Les patients non assurés qui ne coopèrent pas pleinement au processus de recherche d'options de couverture médicale seront considérés comme inéligibles à l'aide financière**, ce qui inclut, sans s'y limiter, la pleine coopération avec le conseiller financier d'Advocate Health ou son équipe et avec les agences d'État ou fédérales tout au long du processus d'inscription à Medicaid ou à d'autres options de couverture médicale.
- Les patients considérés comme inéligibles à l'aide financière en raison de leur coopération insatisfaisante au processus d'assistance à la couverture médicale peuvent contacter le service à la clientèle pour discuter des options de paiement.

Assistance à la couverture médicale : Critères d'éligibilité à l'aide financière

- Patients non assurés résidant dans les États suivants : Illinois, Wisconsin¹, Caroline du Nord, Caroline du Sud, Géorgie ou Alabama.
- Patients non assurés qui reçoivent des soins impératifs et médicalement nécessaires auprès d'un établissement d'Advocate Health ou dispensés par un prestataire participant d'Advocate Health.
- Patients non assurés qui coopèrent pleinement tout au long du processus de détermination et de recherche d'autres options de couverture médicale (i.e. Medicaid)².
- Patients non assurés qui sont inéligibles à toutes les autres options de couverture médicale pour les dossiers en cours d'examen.
- L'éligibilité sera déterminée en comparant le revenu total du ménage du patient aux Federal Poverty Guidelines (FPG) en vigueur au moment de l'examen.
- Les patients non assurés répondant à tous les critères susmentionnés et dont le revenu du ménage se situe entre 0 et 300 % des Federal Poverty Guidelines (FPG) sont éligibles à 100 % de l'aide financière.
- Patients d'Atrium Health : les patients non assurés répondant à tous les critères susmentionnés et dont le revenu du ménage se situe entre 301 et 400 % des Federal Poverty Guidelines (FPG) sont éligibles à une réduction de 75 % du montant total brut des frais à titre d'aide financière.
- Patients de l'Illinois UNIQUEMENT : les patients non assurés répondant à tous les critères susmentionnés et dont le revenu du ménage se situe entre 301 et 600 % des Federal Poverty Guidelines (FPG) sont éligibles à une réduction calculée selon les conditions réglementaires HUPDA³ IL à titre d'aide financière.

¹patients non assurés qui résident dans le Michigan à proximité des établissements d'Advocate Health ou de prestataires participants d'Advocate Health.

² un patient confirmé comme membre d'une communauté traditionnelle ou dont le système de croyance lui interdit de coopérer à des options de souscription d'assurances dispose d'autres options de programmes d'aide financière qui sont décrits dans la présente politique. Ceci comprend le dépôt d'une demande de réduction pour difficultés financières où les patients qui remplissent les conditions peuvent obtenir une réduction allant jusqu'à 75 % du solde dû.

³ Conformément à l'Illinois Hospital Uninsured Patient Discount Act (210 ILCS 89/1) (HUPDA) en vigueur depuis le 1/4/09, l'éligibilité à l'aide financière pour les patients dont le revenu familial est de quatre à six (4-6) fois les FPG est limitée aux patients résidant dans l'Illinois et aux frais médicalement nécessaires. Advocate Health a comparé les réductions correspondant à 135 % du ratio coût/charges aux AGB et a appliqué les taux les plus généreux pour les patients. Conformément à la loi HUPDA, le montant facturé au patient est plafonné à 20 % du revenu annuel brut du patient si celui-ci signale à Advocate Health qu'il a bénéficié d'une aide financière au cours des 12 derniers mois.

Score d'aide financière (score FAS)

Les patients non assurés disposant de comptes à faible solde de patients ambulatoires seront automatiquement évalués en vue d'une aide financière à l'aide d'outils électroniques de sélection tiers.

- Le processus tiers de sélection identifie les patients qui répondent aux critères d'octroi une aide financière de 100 % tel qu'énoncé dans la présente politique.
- Les patients ne sont pas tenus de déposer une demande pour des services évalués via le processus FAS.

Éligibilité FAS

- Patients non assurés résidant dans les États suivants : Illinois, Wisconsin, Caroline du Nord, Caroline du Sud, Géorgie ou Alabama.
- Patients non assurés qui reçoivent des soins ambulatoires impératifs et médicalement nécessaires dans un établissement d'Advocate Health ou dispensés par un prestataire participant d'Advocate Health.
- Patients non assurés qui coopèrent pleinement tout au long du processus de détermination et de recherche d'autres options de couverture médicale (i.e. Medicaid).
- Patients non assurés qui sont inéligibles à toutes les autres options de couverture médicale pour les dossiers en cours d'examen.
- Patients non assurés répondant à tous les critères susmentionnés et dont le revenu du ménage se situe entre 0 et 300 % des Federal Poverty Guidelines (FPG).

Processus FAS

- L'éligibilité à l'aide financière automatisée est accordée au cas par cas.
- Les informations utilisées pour déterminer l'éligibilité sont recueillies auprès d'un fournisseur tiers pour les dossiers de patients ambulatoires non assurés.
- L'éligibilité est basée sur les informations d'un fournisseur tiers indiquant la probabilité que le revenu du patient corresponde aux critères FPG pour une assistance financière à 100 %.
- Les dossiers peuvent être examinés pour Medicaid ou autres options de couverture médicale avant l'octroi de l'aide financière.
- Les dossiers acceptés via le processus FAS reçoivent l'assistance financière à 100 %.

- Les patients inéligibles à une aide financière via le processus FAS pour les soins hospitaliers recevront une lettre de refus contenant des informations sur la manière d'introduire une demande de révision pour l'aide financière.
- Les patients non assurés qui sont jugés inéligibles à une aide financière via le processus FAS peuvent déposer une demande de réexamen de la demande d'aide financière. L'éligibilité à l'aide financière est conditionnelle à la pleine coopération du patient tout au long du processus d'inscription à Medicaid ou de recherche d'autres options de couverture médicale.

Patients assurés

L'aide financière pour les patients assurés est disponible dès que le patient reçoit une facture. Les patients peuvent engager la procédure en remplissant un formulaire de demande par courrier ou en appelant l'assistance clientèle pour demander à être pris en compte pour l'obtention d'une aide financière.

Critères d'éligibilité à l'aide financière pour les patients assurés :

- Patients assurés résidant dans les États suivants : Illinois, Wisconsin, Caroline du Nord, Caroline du Sud, Géorgie ou Alabama.
- Patients assurés qui reçoivent des soins impératifs et médicalement nécessaires auprès d'un établissement d'Advocate Health ou dispensés par un prestataire participant d'Advocate Health.
- Patients assurés qui font partie du réseau¹ couvert par le régime de prestations d'un assureur tiers dans un établissement d'Advocate Health ou par un prestataire (ou prestataire participant) d'Advocate Health, à l'exception des soins reçus dans un service d'urgence d'Advocate Health.
- Patients assurés dont les demandes de remboursement ont été entièrement traitées et qui comprennent un solde à leur charge.
- Patients assurés qui coopèrent pleinement avec l'assureur tiers pour résoudre les problèmes de paiement, le cas échéant, à savoir notamment les questions relatives à la coordination des prestations, les informations sur un accident, etc.
- Patients assurés qui coopèrent pleinement à la détermination d'autres options de couverture médicale secondaire.
- Patients assurés qui sont inéligibles à toutes les autres options de couverture médicale pour le ou les dossiers en cours d'examen.
- Les patients assurés répondant à tous les critères susmentionnés et dont le revenu du ménage se situe entre 0 et 300 % des Federal Poverty Guidelines (FPG) sont éligibles à 100 % de l'aide financière pour les soldes à leur charge en cours d'examen.

¹ Selon les objectifs de l'initiative NC Medical Debt Mitigation, les patients assurés qui résident en Caroline du Nord et qui reçoivent des soins dans un hôpital Atrium Health de Caroline du Nord sont éligibles, quel que soit le statut du réseau de leur plan d'assurance.

Prestations inéligibles à l'aide financière

Les prestations suivantes sont inéligibles à l'aide financière :

- Soins facultatifs et/ou cosmétiques
- Soins qui ne sont pas médicalement nécessaires
- Médecine complémentaire ou non traditionnelle
- Traitements de fertilité
- Prestations globales et Executive Health

- Services de médecine du travail
- Services aux particuliers
- Services à prix forfaitaire
- Services exigeant un paiement anticipé conformément à d'autres politiques de l'hôpital ou du prestataire
- Pour les patients assurés, les services qui ne sont pas pris en charge par le régime d'assurance maladie du patient, à l'exception des soins reçus dans un service d'urgence d'Advocate Health
- Pour les patients assurés, les prestations non couvertes par l'assureur tiers du patient

Détermination de l'éligibilité à l'aide financière pour les patients assurés et non assurés :

- Les défenseurs et conseillers financiers veillent à interviewer les patients non assurés afin de recueillir les informations nécessaires pour évaluer l'éligibilité du patient aux options de couverture médicale (p.ex., Medicaid) et les informations permettant de déterminer son éligibilité à l'aide financière. Les patients qui n'ont pas été conviés à un entretien peuvent demander celui-ci en composant le numéro indiqué dans la correspondance du conseiller financier d'Advocate Health ou de son équipe, en appelant le service clientèle ou en téléchargeant un formulaire d'inscription et en l'envoyant au conseiller financier d'Advocate Health ou à son équipe.
- Les patients assurés peuvent déposer une demande, après avoir reçu une facture, en appelant le service clientèle ou en téléchargeant une demande à envoyer au défenseur ou au conseiller financier ou à leur équipe.
- Outre les informations obtenues du patient, des informations de sources tierces peuvent être utilisées pour déterminer l'éligibilité du patient à l'aide financière, y compris mais sans s'y limiter :
 - une estimation du revenu du ménage comparée au seuil fédéral de pauvreté (FPG)
 - les portails et/ou bases de données des États contenant des informations sur la couverture médicale publique
 - des outils de recherche et de vérification d'éligibilité à la couverture médicale, Medicaid et aux aides aux couvertures médicales publiques
 - Le cas échéant, des informations provenant de sources tierces seront utilisées pour accréditer les informations fournies par le patient au cours de l'entretien et/ou sur le formulaire de demande d'aide financière. En cas de divergence entre les informations de sources tierces et celles fournies par le patient, il peut être demandé au patient de produire des documents supplémentaires, y compris mais sans se limiter :
 - les déclarations de revenus du patient pour l'année la plus récente, les formulaires W-2, les documents relatifs à l'impôt sur le revenu du patient, les talons de chèques, les déclarations de chômage ou les lettres de soutien financier (en l'absence de revenus). Si la famille du patient comprend plus d'une personne employée, chacune peut vérifier ses informations financières à l'aide des mêmes options de vérification.
 - La preuve de résidence dans l'État peut être vérifiée si le patient présente deux (2) formes d'identification indiquant la même adresse, parmi les documents suivants : Permis de conduire émis par l'État (ou toute autre carte d'identité avec photo telle qu'une carte d'étudiant ou de militaire), relevés bancaires, immatriculation automobile ou tout autre courrier reçu d'une entité gouvernementale portant la date et l'adresse actuelles.
 - les états financiers et vérification de revenus et documents de fournisseurs tiers seront conservés par Advocate Health pendant une période de 10 ans ou tel que requis par la loi. La falsification d'informations financières et la dissimulation d'informations constituent des motifs de refus de l'aide financière.
- Le patient sera informé de la décision d'éligibilité à l'aide financière par courrier, verbalement ou en personne, selon le cas.

- Si un patient est jugé éligible à une aide financière, les paiements effectués pour des services éligibles avant la demande d'aide financière par le patient seront examinés pour déterminer si le patient peut prétendre à un remboursement.
- Les patients jugés inéligibles à l'aide financière peuvent appeler le service clientèle afin d'établir un planning de paiement en vue du règlement du solde à leur charge. Les soldes à charge du patient sont soumis à la politique de facturation et à la politique de recouvrement d'Advocate Health.

Détermination d'éligibilité présumée

Une détermination d'éligibilité présumée peut être effectuée conformément aux lois et réglementations de l'État. Les patients jugés éligibles pour certains programmes d'aide fédéraux ou d'États ou selon d'autres critères non basés sur le revenu peuvent être présumés éligibles à 100 % de l'aide financière sans devoir introduire une demande.

Des informations sur le processus et les États participants figurent à l'annexe A.

Période d'éligibilité

- Patients non assurés : L'aide financière est effective rétrospectivement pour tous les soldes à charge du patient non payés et prospectivement pour une durée maximale de 180 jours.
 - Les services futurs dans la période de 180 jours peuvent être examinés pour Medicaid ou autres options de couverture médicale avant l'octroi de l'aide financière. Les patients doivent coopérer pleinement à la procédure d'assistance à la couverture médicale pour conserver leur éligibilité à l'aide financière pendant toute la période de 180 jours au cas où ils seraient jugés inéligibles à une autre couverture.
 - En cas de changement durant la période d'éligibilité, le patient est tenu de coopérer au processus d'assistance à la couverture médicale pour maintenir son éligibilité à l'aide financière.
 - Le patient doit communiquer à Advocate Health tout changement important de sa situation financière, susceptible d'affecter son statut d'éligibilité, survenant au cours de la période de 180 jours suivant l'approbation. Cette communication doit avoir lieu sous trente (30) jours suivant le changement. Le manquement à cette obligation du patient peut entraîner l'annulation de tout montant d'aide financière fourni par Advocate Health après la survenance du changement important.
- Patients assurés : L'aide financière sera effective pour les soldes éligibles restants après paiement par tous les prestataires tiers. Les patients doivent présenter une nouvelle demande d'aide financière pour tout soin émergent et médicalement nécessaire survenant dans le futur.

Fraude

Advocate Health se réserve le droit d'annuler les ajustements d'aide financière prévus par la présente politique si les informations fournies par le patient durant le processus de collecte d'informations sont fausses ou si Advocate Health apprend que le patient a perçu des remboursements pour des soins médicaux d'autres sources qui n'ont pas été divulgués à Advocate Health.

Demandes d'aide financière

Les demandes d'aide financière concernent :

- Les patients non assurés qui n'ont pas été interrogés de manière proactive par un défenseur ou un conseiller financier
- Les patients non assurés à qui l'aide financière a été refusée par le biais du processus automatisé d'évaluation pour l'aide financière et qui souhaitent faire revoir leur éligibilité à l'aide financière

- Les patients assurés qui demandent une révision de leur dossier d'aide financière après réception d'une facture

Comment souscrire :

- Atrium Health
 - En ligne à l'aide d'un téléphone, sur une tablette ou un ordinateur via le lien figurant sur la page d'aide financière du site Web d'Atrium Health, ou en cliquant sur <https://ola.veritysource.com/atrium>.
 - Téléchargez un formulaire de demande d'aide financière à <https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance> et envoyez-le à l'adresse suivante :
Atrium Health Business Office
ATTN : Coverage Assistance Services
P.O. Box 32861
Charlotte, NC 28232-2861
 - 704-512-7171 Ou 1-844-440-6536
- Illinois – Advocate Health Care
 - Téléchargez un formulaire de demande d'aide financière à <http://www.advocatehealth.com/financialassistance> et envoyez-le à l'adresse suivante :
Advocate Health Care Financial Advocates
P.O. Box 3039
Oak Brook, IL 60522-9908
 - Téléphone : 847-795-2300
- Wisconsin – Aurora Health Care
 - Téléchargez un formulaire de demande d'aide financière à <http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance> et envoyez-le à l'adresse suivante :
Aurora Health Care Financial Advocates
P.O. Box 909996
Milwaukee, WI 53209-0996
 - Téléphone : 1-800-326-2250

Les patients disposent d'un délai de 240 jours à compter de la date de la première facture après la sortie de l'hôpital pour demander une aide financière.

Seules les demandes dûment complétées seront prises en considération pour l'aide financière. Une demande est considérée comme complète si tous les champs du formulaire sont remplis, tous les documents demandés ont été reçus, et un défenseur/conseiller financier a examiné les informations et juge le patient inéligible à toute autre option de couverture médicale. La demande est alors traitée en vue de l'aide financière et une décision est prise dans les meilleurs délais.

Formulaires incomplets : Si un formulaire est incomplet ou si le patient n'a pas communiqué les informations demandées ou pris les mesures requises par un représentant d'Advocate Health, un défenseur/conseiller financier en informe le patient et explique quelles sont les informations nécessaires pour compléter la demande. Les informations nécessaires doivent être remises à Advocate Health sous 30 jours suivant l'avis envoyé au patient, sauf si des circonstances impérieuses ne soient portées à l'attention d'Advocate Health.

Communication de la politique

Afin d'informer les patients d'Advocate Health et l'ensemble de la communauté de l'existence de l'aide financière, Advocate Health prend les initiatives suivantes pour communiquer les politiques et processus relatifs à l'assistance à la couverture médicale et à l'aide financière :

- Diffusion et entretiens sur place menés par les défenseurs/conseillers financiers pour évaluer l'éligibilité aux options de couverture médicale (p.ex. Medicaid) et d'aide financière.
- Un sommaire en langage simple des programmes d'aide financière est affiché dans tous les services d'urgence et zones d'admission des patients et est joint à tous les relevés de facturation. Le sommaire en langage simple comprend des informations sur les programmes d'aide financière accessibles en vertu de la présente politique d'aide financière, des informations sur le dépôt d'une demande, le numéro de téléphone du département pouvant répondre aux questions sur l'aide financière, et la manière d'obtenir des copies de la politique d'aide financière.
- Les sites Web d'Advocate Health, Aurora Health Care et Atrium Health contiennent des informations sur les programmes d'aide financière et sur la manière d'introduire une demande ; ils indiquent également les numéros de téléphone des services habilités à fournir des informations sur l'aide financière, sur le résumé en langage simple, des copies de la politique d'aide financière, le formulaire de demande d'aide financière et la politique de facturation et de recouvrement.
- Les demandes de renseignements auprès du service clientèle.

Actions en cas de non-paiement

Des informations sur les pratiques de facturation et de recouvrement d'Advocate Health sont énoncées dans une politique de facturation et de recouvrement distincte qui est affichée sur les sites Web d'Advocate Health, Aurora Health Care et Atrium Health. Une copie de cette politique peut être obtenue sans frais en appelant le service clientèle aux sites et numéros suivants :

- Atrium Health
 - Visitez le site <https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance>
 - Téléphone : 704-512-7171 Ou 1-844-440-6536
- Illinois – Advocate Health Care
 - Visitez le site <http://www.advocatehealth.com/financialassistance>
 - Téléphone : 847-795-2300
- Wisconsin – Aurora Health Care
 - Visitez le site <http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance>
 - Téléphone : 1-800-326-2250

Assurance qualité et autres dispositions

Assurance qualité : Il est interdit aux membres de l'équipe de faire des recommandations et/ou de traiter les demandes d'aide financière de membres de la famille, amis, connaissances et collègues. Le département d'assurance qualité des services financiers aux patients effectue régulièrement des audits des dossiers d'aide financière traités pour s'assurer que la politique et les processus sont respectés.

Ajustements des critères d'éligibilité : Advocate Health peut ajuster périodiquement les critères d'éligibilité de la présente politique en fonction des évaluations des besoins ou des études d'optimisation réalisées pour les organisations concernées et/ou selon les besoins en vue de conformité aux lois, réglementations et/ou accords avec les comtés en vigueur.

Disposition relative aux situations d'urgence en matière de santé publique : Les sources de financement alternatives en cas d'urgence de santé publique n'empêcheront PAS les patients non assurés de recevoir une aide financière pour les soldes restant dus qui remplissent les conditions requises de la présente politique. Dans le cadre de l'engagement d'Advocate Health envers notre communauté, l'aide financière peut également être appliquée à la quote-part ou responsabilité d'un patient assuré qui a été supprimée mais non payée ni remboursée par les payeurs ou si des directives de facturation contradictoires sont émises lors d'une urgence de santé publique.

Annexe A

Dans certains États, les patients inscrits à certains programmes d'aide fédéraux ou d'État, ou qui répondent à d'autres critères non liés au revenu, peuvent bénéficier d'une aide financière à 100 % pour laquelle aucune inscription n'est nécessaire.

Éligibilité présumée en Caroline du Nord

- Conformément à l'initiative d'atténuation de la dette médicale de la Caroline du Nord (NC Medical Mitigation Initiative), des déterminations d'éligibilité présumée seront effectuées pour les patients qui résident en Caroline du Nord et qui reçoivent des services hospitaliers dans un établissement d'Atrium Health en Caroline du Nord. Les patients jugés éligibles pour certains programmes d'aide fédéraux ou d'États ou selon d'autres critères non basés sur le revenu seront présumés éligibles à 100 % de l'aide financière sans devoir introduire une demande.
- L'éligibilité présumée peut être basée sur le fait que les patients satisfont aux critères non basés sur le revenu, y compris mais sans s'y limiter :
 - Sans-abrisme
 - Inscription à des programmes gouvernementaux d'aide fondés sur un contrôle des ressources, tels que le programme nutritionnel pour les femmes, les nourrissons et les enfants, le programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire, l'assistance aux familles dans le besoin (Women, Infants and Children Nutritional Program, Supplemental Nutrition Assistance Program, Temporary Assistance for Needy Families)
 - Éligibilité du patient ou d'un enfant du ménage du patient à Medicaid
 - Incapacité mentale sans personne pour répondre au nom du patient
- Si au moins un critère d'éligibilité présumée non basée sur le revenu est rempli, les patients ne sont pas tenus de fournir des documents ou d'autres preuves de leur éligibilité.
- La procédure visant à déterminer si les patients remplissent les critères d'éligibilité présumée non fondés sur le revenu comprend les éléments suivants :
 - Informations recueillies au cours de la procédure d'enregistrement
 - Des informations peuvent également être obtenues auprès des équipes soignantes afin de garantir un examen complet
- Les patients qui remplissent au moins l'un des critères d'éligibilité présumée non fondés sur le revenu pourront bénéficier d'une aide financière à 100 % et en seront informés avant leur sortie de l'hôpital.
- Les patients qui répondent aux critères d'éligibilité à l'assistance financière présumée peuvent être examinés pour Medicaid ou d'autres possibilités de couverture. Ces patients ne seront considérés comme financièrement responsables s'il s'avère par la suite qu'ils n'ont pas droit à Medicaid ou à d'autres possibilités de couverture.
- Les patients qui ne remplissent pas les critères d'éligibilité présumée non fondée sur le revenu et qui ne sont pas approuvés pour un autre programme d'aide financière tel que décrit dans la présente politique recevront des informations sur les autres possibilités de demande d'aide financière.

Éligibilité présumée dans l'Illinois

- Une détermination présumée de l'éligibilité peut être effectuée pour les patients du Wisconsin et de l'Illinois, conformément à la loi sur la facturation équitable des patients de l'Illinois (IL Fair Patient Billing Act). Les patients non assurés qui bénéficient de certains programmes d'aide fédéraux et nationaux peuvent être considérés comme présumés éligibles à un ajustement de l'aide financière de 100 % et aucune demande n'est nécessaire à cet effet.
- Si au moins un critère peut être vérifié, aucune autre preuve de revenu ne sera demandée.

- L'AAH peut demander au patient de fournir une vérification de son éligibilité si le défenseur financier n'est pas en mesure de vérifier l'éligibilité par voie électronique.
- Si le défenseur financier peut déterminer qu'un patient est présumé éligible à l'assistance financière, une demande écrite n'est pas nécessaire.
- Le critère d'éligibilité présumée est démontré par l'inscription à l'un des programmes suivants :
 - o Women, Infants and Children Nutrition Program (WIC).
 - o Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP).
 - o Illinois Free Lunch and Breakfast Program.
 - o Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP).
 - o Temporary Assistance for Needy Families (TANF).
 - o Illinois Housing Development Authority's Rental Housing Support Program.
 - o Programme communautaire organisé ou programme de santé caritatif fournissant des soins médicaux qui évalue et documente la situation financière des personnes à faible revenu comme critère.
 - o éligibilité à Medicaid, mais non éligible à la date du service ou pour un service non couvert (patients de l'Illinois uniquement)
- Les critères d'éligibilité présomptive peuvent également être démontrés par les circonstances de vie suivantes :
 - o la réception d'une aide financière pour des services médicaux.
 - o Le sans-abrisme.
 - o le décès sans succession.
 - o l'incapacité mentale sans personne pour agir au nom du patient.
 - o l'incarcération dans un établissement pénitentiaire.
 - o l'affiliation à un ordre religieux et le vœu de pauvreté.
 - o l'existence d'une agence indépendante indiquant que le revenu familial est inférieur à deux fois le FPL.
- Les moyens de démontrer l'éligibilité présomptive sont les suivants :
 - o Confirmation électronique de l'inscription au programme ou d'autres critères d'éligibilité présumée.
 - o Lorsqu'une confirmation électronique indépendante n'est pas possible, une preuve d'inscription ou un autre critère d'éligibilité sera demandé. L'un des éléments suivants constitue une preuve satisfaisante :
 - o Bon WIC.
 - o Carte SNAP avec impression d'écran de la preuve d'inscription ou copie de la lettre d'approbation SNAP.
 - o Lettre de l'école ou Notification de dispense de frais pour les repas gratuits/à prix réduit & avec signature.
 - o Lettre d'attribution ou d'approbation du LIHEAP.
 - o Lettre d'approbation TANF de la Croix-Rouge, du DHS ou du HFS.
 - o Quittance de loyer dans le cas d'un programme de logement subventionné par l'État ou le gouvernement fédéral.
 - o Lettre d'ajustement du loyer du bailleur ou carte ou lettre du HUD.
 - o Carte ou attestation de bourse montrant l'éligibilité actuelle au programme de l'État de l'Illinois.
 - o Déclaration de l'organisme subventionnaire ou lettre de subvention.
 - o Attestation personnelle ou lettre d'une église ou d'un refuge confirmant le sans-abrisme.
 - o Lettre d'un avocat, d'un foyer de groupe, d'un refuge, d'un ordre religieux ou d'une église