



## **Titre : Assistance financière – UnityPoint Health Prestataires non-hospitaliers**

**1.BR.34(a)**

Date d'entrée en vigueur : 02/11/15 ; rév. : 01/16 ; 10/19

**POLITIQUE :** Iowa Health System, sous l'appellation UnityPoint Health (« UPH »), les Prestataires non-hospitaliers (« Prestataires ») rempliront leur mission de solidarité en fournissant des services de soins de santé d'urgence et nécessaires sur le plan médical à toute personne, qu'elle soit en mesure de payer ou pas. Les Prestataires UPH doivent fournir des remises équitables et une protection financière aux patients éligibles.

**CHAMP D'APPLICATION :** toutes les cliniques autonomes UnityPoint, les agences de soins de santé à domicile autonomes, les Prestataires d'équipement médical durable, les centres de chirurgie ambulatoire autonomes en propriété exclusive, les Prestataires d'hospice, les Prestataires de laboratoire et les centres de soins de santé mentale ambulatoires autonomes. Cette politique ne s'applique pas aux services fournis dans le cadre du commerce de détail, tels que Virtuel Care.

**PRINCIPES :** les Prestataires répondront aux besoins de soins de santé nécessaires sur le plan médical de tous les patients, indépendamment de leur capacité financière à payer pour les services fournis. De même, les patients qui sont en mesure de payer ont une obligation d'obtenir une couverture d'assurance abordable et de payer pour les services, et les fournisseurs ont un devoir de solliciter le paiement de la part de ces individus.

Le but de cette politique est de décrire les circonstances dans lesquelles les Prestataires fourniront des soins gratuits ou à prix réduit aux patients qui ne sont pas en mesure de payer pour ces services.

1. Recommandations relatives à l'assistance financière. Une assistance financière sera disponible uniquement pour les services de soins de santé nécessaires sur le plan médical fournis aux personnes qui satisfont aux critères et exigences décrites dans la présente Politique. Les remises doivent être basées sur les recommandations suivantes, sauf si elles sont soumises à des exigences d'une loi d'État qui prévaudra.
  - 1.1 Pour les patients nécessiteux sur le plan financier gagnant moins de 400 % du seuil des recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté (« FPIG », Federal Poverty Guideline), la responsabilité du patient sera réduite conformément au tableau ci-dessous :

Remise	Recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté de cette année selon la taille de la famille
100 %	Le revenu familial est inférieur ou égal à <b>200 %</b> du seuil FPIG
80 %	Le revenu familial est compris entre <b>201 %</b> et <b>225 %</b> du seuil FPIG

60 %	Le revenu familial est compris entre <b>226 %</b> et <b>250 %</b> du seuil FPIG
40 %	Le revenu familial est compris entre <b>251 %</b> et <b>300 %</b> du seuil FPIG
20 %	Le revenu familial est compris entre <b>301 %</b> et <b>400 %</b> du seuil FPIG
0 %	Le revenu familial est supérieur à <b>400 %</b> du seuil FPIG

- 1.2 Les recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté seront mises à jour chaque année à partir des mises à jour publiées par le ministère de la santé et des services à la personne des États-Unis.
- 1.3 Le revenu du foyer sera pris en compte pour déterminer si un patient est éligible pour recevoir une assistance. Le revenu du foyer concerne, entre autres, les cas suivants : couples mariés traditionnels, enfants (biologiques, beaux-enfants, adoptés) et les couples vivant ensemble (les couples mariés ou en concubinage doivent se présenter en tant que couples et partager les dépenses, qu’il s’agisse de couples homosexuels ou hétérosexuels).
- 1.4 Éligibilité présumée. Les patients qui ont droit aux programmes suivants et en reçoivent des avantages peuvent être présumés éligibles pour recevoir une assistance financière à 100 % :
- 1.4.1 Le programme de bons alimentaires de l’U.S. Department of Agriculture Food and Nutrition Service.
- 1.4.2 Éligibilité limitée : créneau de 3 jours pour services d’urgence aux étrangers en situation irrégulière. L’Iowa Department of Human Services permet, pendant un maximum de trois jours, la mise à disposition des avantages Medicaid pour payer le coût de services d’urgence pour les personnes sans documents officiels qui ne sont pas des citoyens, qui sont des étrangers en situation irrégulière et qui n’ont pas de numéro de sécurité sociale. Ces services d’urgence doivent être fournis dans un établissement, tel qu’un hôpital ou une clinique, pouvant dispenser les soins requis une fois que la situation médicale d’urgence est survenue. L’éligibilité présumée pour cette catégorie sera jugée valide pendant 6 mois à compter de la date de survenance de l’urgence.
- 1.4.3 Programme Medicaid (sauf en cas de restriction de Prestataire médical [lock-in] ou de dépenses médicales élevées [spend-down]).
- 1.4.4 Assistance alimentaire aux femmes, aux nouveau-nés et aux enfants (« WIC », Women, Infants, and Children).
- 1.4.5 Les patients qui remplissent les critères d’éligibilité présumée peuvent recevoir une assistance financière sans avoir à remplir la demande

d'assistance financière. Les documents étayant l'éligibilité du patient pour participer à l'un des programmes doivent être obtenus et conservés dans son dossier. Parmi ces documents peut notamment figurer la copie d'une carte délivrée par le gouvernement ou un autre document indiquant l'éligibilité ou la qualification du patient, ou encore une page Web imprimée indiquant l'éligibilité du patient. Sauf en cas d'indication contraire, un patient qui est présumé éligible en raison de ces critères d'éligibilité présumée restera éligible pendant les six mois suivant la date d'approbation initiale, sauf si le personnel de l'hôpital a des raisons de croire que le patient ne remplit plus les critères d'éligibilité présumée.

- 1.5 Des dérogations ou remises de Medicare ou des quotes-parts ou franchises de Medicaid peuvent être accordées en fonction des besoins financiers, comme prévu dans la présente Politique.
- 1.6 Individus indigents sur le plan médical. Une assistance financière peut être fournie aux patients déterminés comme étant indigents sur le plan médical. Le terme « indigents sur le plan médical » désigne les patients qui ne parviennent pas à payer certaines ou l'ensemble de leurs factures médicales car leurs factures médicales dépassent un certain pourcentage de leur revenu familial ou du foyer (par exemple, en raison de coûts ou de conditions catastrophiques), même s'ils ont un revenu qui dépasse un montant qui excède par ailleurs les exigences d'éligibilité généralement applicables pour recevoir des soins gratuits ou à un prix réduit dans le cadre des recommandations UPH.
  - 1.6.1 Le patient devra faire une demande pour obtenir une assistance financière conformément à cette politique. Le patient devra fournir la documentation justificative appuyant son statut de patient indigent sur le plan médical. Les exemples de documents qui peuvent être utilisés comprennent, entre autres, des copies des factures médicales du patient, les informations liées aux coûts des médicaments, ou d'autres preuves de coûts de soins de santé à la charge du patient.
  - 1.6.2. Dans la plupart des cas, le patient sera tenu de payer une partie de la facture médicale.
2. Remises pour les patients participant à un programme financé par le gouvernement (Medicare ou Medicaid).
  - 2.1 Les Prestataires peuvent dispenser ou réduire la coassurance Medicare ou Medicaid ou les franchises, uniquement en fonction des besoins financiers si les conditions suivantes sont respectées :

- 2.1.1 La dispense ou la remise ne fait pas l'objet d'une publicité. (Il convient de conseiller les patients de manière individuelle qu'il est possible de bénéficier des dispenses des quotes-parts ou des franchises, en cas de besoin financiers, et le patient peut faire une demande de tels avantages au moment ou immédiatement avant que le traitement soit fourni.)
- 2.1.2 La remise n'est pas proposée de manière routinière mais uniquement aux patients ayant un besoin financier qui désirent en faire la demande.
- 2.1.3 La dispense ou la remise satisfait à l'un des éléments suivants :
  - 2.1.3.1 La dispense ou la remise est effectuée suite à une évaluation individualisée de la bonne foi du besoin financier.
  - 2.1.3.2 La dispense ou la remise est effectuée après que des efforts raisonnables ont été faits pour collecter la quote-part, les franchises ou le paiement intégral directement auprès du patient ; ou
  - 2.1.3.3 La dispense ou la remise entre dans le cadre d'un règlement de litiges résultant des services fournis au bénéficiaire.
- 2.2 Des enregistrements écrits documentant les raisons de chaque dispense ou remise seront considérés comme des rapports justificatifs des coûts et, par conséquent, seront conservés comme tels en conformité avec la politique 1.AD.03, Conservation des documents.
- 3. Communication sur la disponibilité de soins de solidarité et d'une assistance financière.
  - 3.1 Responsabilités des établissements. Il sera attendu des Prestataires qu'ils communiquent largement sur la disponibilité des soins de solidarité et de l'assistance financière à tous les patients et au sein de la communauté servie par le Prestataire. Les exemples de mécanismes que les Prestataires peuvent utiliser pour cela comprennent :
    - 3.1.1 Mettre des affiches, informations, ou brochures dans les zones appropriées du Prestataire (par exemple, zones d'enregistrement et de caisse) indiquant que le Prestataire offre des soins de solidarité et décrivant comment obtenir plus d'informations sur l'obtention d'une assistance financière.

- 3.1.2 Ajouter d'une note sur la facture de soins de santé et des déclarations concernant la façon de demander des informations sur l'obtention d'une assistance financière.
    - 3.1.3 Ajouter un avis sur la première page du site Web du Prestataire.
    - 3.1.4 Ajouter un avis résumant la politique du Prestataire concernant les soins de solidarité et l'assistance financière dans un organe de presse de diffusion générale au sein de la communauté au moins deux fois par an.
    - 3.1.5 Désigner des services ou personnes qui peuvent expliquer la politique de soins de solidarité du Prestataire.
    - 3.1.6 Le personnel qui interagit avec les patients sera formé pour orienter les questions concernant la politique des soins de solidarité vers le représentant du Prestataire approprié.
  - 3.2 Après réception de la demande d'assistance financière de la part du patient et toutes les informations financières ou autres documents nécessaires pour déterminer l'éligibilité pour obtenir une assistance financière, le patient sera informé de la détermination d'éligibilité du patient dans un délai raisonnable.
4. Responsabilités du patient en ce qui concerne l'assistance financière. Le cas échéant, pour que sa demande d'assistance financière soit examinée, le patient/la famille doit coopérer avec le Prestataire en fournissant des informations et la documentation pour faire la demande pour recevoir d'autres ressources financières existantes pouvant être disponibles pour payer les soins de santé du patient, telles Medicaid, Medicare, responsabilité civile, etc. Les patients disposant d'une assurance maladie valide utilisant des Prestataires n'appartenant pas au réseau UPH peuvent être tenus de contacter leur Prestataire principal avant de demander une assistance financière.
  - 4.1 Pour être pris en compte pour des soins de solidarité ou une assistance financière, le patient/la famille doit fournir au Prestataire une demande complétée fournie par le Prestataire ou, si requis, des documents justificatifs des informations fournies dans la demande.
  - 4.2 Dans le cas où le patient ne serait pas initialement éligible pour des soins de solidarité ou une assistance financière après avoir fourni les renseignements et la documentation demandés, le patient peut faire à nouveau la demande si un changement s'est produit au niveau de ses revenus.
  - 4.3 Un patient qui est éligible pour recevoir des remises partielles doit coopérer avec le Prestataire pour dresser un plan de paiement raisonnable tenant

compte de ses revenus disponibles, du montant de la ou des factures réduites et de tout paiement déjà effectué.

- 4.4 Les patients qui sont éligibles à des remises partielles doivent s'efforcer en toute bonne foi d'honorer les plans de paiement à prix réduit pour leurs soins de santé. Le patient est responsable de communiquer au Prestataire tout changement au niveau de sa situation financière pouvant affecter sa capacité à payer les factures de soins de santé à prix réduit ou à respecter les dispositions du plan de paiement.
5. Recommandations relatives au recouvrement. Les efforts de recouvrement ne comprendront pas les saisies sur salaire ou autres processus de saisies légaux sans l'approbation préalable du Bureau de facturation de la clinique, du directeur financier ou du directeur de la conformité du Prestataire. Aucune saisie de biens personnels (autres que des espèces ou équivalents d'espèces) n'aura lieu. Un jugement entraîne automatiquement la saisie d'un bien immobilier ; cependant, aucune saisie de la résidence principale d'un patient n'aura lieu.

---

Kevin E. Vermeer  
Président d'UPH