



Date d'entrée en vigueur : 10/01/2019 ; Date de révision : 01/2021

OBJECTIF : La présente politique a pour but de présenter les situations dans lesquelles UPH – Meriter fournira des soins à prix réduit aux patients nécessiteux sur le plan financier. UnityPoint Health – Meriter accomplira sa mission de solidarité en fournissant des services d'urgence et autres soins de santé médicalement nécessaires à toutes les personnes, indépendamment de leur capacité à payer. UPH – Meriter fournira une assistance financière aux patients éligibles.

CHAMP D'APPLICATION : tous les hôpitaux et cliniques UPH – Meriter (collectivement appelés « UPH – Meriter ») qui sont exonérés d'impôt 501(c)(3).

PRINCIPES : en tant qu'organismes exonérés d'impôts en vertu de la section 501(c)(3) du code fiscal des États-Unis, UPH – Meriter satisfait aux besoins de soins de santé nécessaires sur le plan médical de tous les patients demandant des soins, qu'ils soient en mesure de payer pour les services fournis ou pas. Par ailleurs, les patients sont tenus de rechercher une police d'assurance et de prendre en charge une partie de leurs services de soins de santé, et UPH – Meriter a le devoir de demander un paiement à ces patients.

Dans le cadre de la section 501(r) du code fiscal des États-Unis et de la loi d'État en vigueur, pour préserver son statut d'organisme exonéré d'impôts, UPH – Meriter est tenu d'adopter et de diffuser sa politique d'assistance financière. Si la mise à disposition d'assistance financière est soumise à des exigences fédérales ou d'État supplémentaires et que ces lois imposent des exigences plus strictes que celles de la présente politique, les exigences plus strictes prévaudront (par ex. la section 210 ILCS 76 de la Community Benefit Act).

1. Définitions. Les termes suivants sont destinés à être interprétés comme suit dans cette politique :
 - 1.1. Montants autorisés. Montant maximal à payer pour des services de soins de santé pris en charge. Les autres termes utilisés dans ce cas sont « dépenses éligibles », « allocations de paiement » ou « tarif négocié ».
 - 1.2. Montants généralement facturés aux personnes souscrivant une assurance (« AGB », Amounts Generally Billed). Les montants généralement facturés aux patients ayant une assurance pour des soins d'urgence ou d'autres soins nécessaires sur le plan médical sont déterminés par la méthode suivante dans cette politique.
 - 1.2.1. % AGB = (somme de tous les montants autorisés par le tarif Medicare pour un service + somme de tous les montants autorisés par les assureurs privés

durant la période antérieure de 12 mois) / (somme des montants facturés bruts pour les mêmes demandes)

1.2.2. $AGB = (\text{montants facturés bruts pour des soins nécessaires sur le plan médical ou pour des soins de santé d'urgence}) \times (AGB \%)$

1.2.3. L'AGB est mis à jour une fois par an.

- 1.3. Assistance financière. Une réduction fournie par l'hôpital conformément aux conditions générales aux patients éligibles ou tel que requis par la loi. Une assistance financière n'est pas une forme d'assurance santé et ne peut pas être utilisée pour subventionner le montant de vos cotisations.
- 1.4. Patients éligibles à l'assistance financière. Patients suivant les procédures décrites dans la présente politique et considérés comme étant éligibles à l'assistance financière conformément à la présente politique.
- 1.5. Clinique caritative gratuite. Une organisation de soins de santé 501(c)(3) exemptée d'impôts fournissant des soins de santé à des personnes non-assurées ou sous-assurées à faibles revenus et reconnue par l'Illinois Association of Free and Charitable Clinics ou la National Association of Free and Charitable Clinics.
- 1.6. Soins d'urgence. Tels que définis dans la loi sur l'accouchement et le traitement médical d'urgence (« EMTALA »), soins immédiats fournis par un établissement hospitalier pour une affection médicale d'urgence qu'il est nécessaire de prévenir, mettant gravement la santé d'un patient en danger, une atteinte grave des fonctions corporelles, et/ou un dysfonctionnement grave de tout organe ou toute partie du corps. Cette définition comprend les soins prodigués aux femmes enceintes ayant des contractions. Les soins d'urgence sont jugés nécessaires sur le plan médical.
- 1.7. Patients exonérés : Personnes (et les personnes qu'elles ont à charge) exonérées des charges de la sécurité sociale et de Medicare. Ces patients ne sont pas tenus de faire la demande d'intégration à un programme d'assistance gouvernemental, tel que Medicaid. La documentation peut inclure un des éléments suivants :
- 1.8. Formulaire IRS 4029 approuvé et valable ; demande d'exonération des charges de la sécurité sociale et dispenses des avantages de Medicare.

- 1.9. Dans le cas où le formulaire 4029 n'est pas disponible, UPH – Meriter peut prendre en considération d'autres documents prouvant qu'une personne est exonérée des charges de la sécurité sociale.

- 1.10. Frais bruts. Les tarifs complets établis pour les soins médicaux qu'UPH – Meriter facture systématiquement et uniformément aux patients avant d'appliquer les éventuelles remises, indemnités contractuelles, ou déductions.

- 1.11. Revenu du foyer : Le revenu du foyer est le revenu combiné du patient, du conjoint du patient, et de toutes les personnes déclarées comme imposables sur la déclaration d'impôts fédérale du patient. Il comprend toutes les formes de revenus, par exemple, salaire et honoraires, pensions de retraite, annuités.

- 1.12. Hôpital. Un établissement accrédité, enregistré ou reconnu de manière similaire comme étant un hôpital, tel que requis par un État. Plusieurs bâtiments dirigés par une organisation hospitalière sous une seule accréditation d'État sont considérés comme un seul hôpital.

- 1.13. Organisation hospitalière. Une organisation reconnue, ou cherchant à être reconnue, telle que décrite dans la section 501(c)(3) qui dirige un ou plusieurs hôpitaux. Cette définition inclut tout autre organisation dont la fonction principale ou l'objectif principal est de fournir des soins hospitaliers.

- 1.14. Soins nécessaires sur le plan médical. Les services requis pour identifier ou traiter une maladie ou une blessure qui sont diagnostiquées, ou raisonnablement suspectés d'être nécessaires, en tenant compte du niveau de soin le plus approprié. Selon l'affection médicale du patient, le cadre le plus approprié pour la prestation de soins peut être une résidence, le cabinet d'un médecin, un établissement de soins ambulatoires ou un établissement de soins à long terme, un centre de rééducation ou un lit à l'hôpital. Pour pouvoir être nécessaire sur le plan médical, un service doit :
 - 1.14.1. être nécessaire pour traiter une maladie ou une blessure.
 - 1.14.2. être cohérent avec le diagnostic et le traitement des affections du patient.
 - 1.14.3. être en conformité avec les normes de bonnes pratiques médicales ; et

1.14.4. être le niveau de soins le plus approprié pour le patient, comme déterminé par l'affection médicale du patient et non pas la situation financière du patient ou de sa famille.

Le terme « nécessaire sur le plan médical » ne comprend pas les services fournis pour le confort du patient ou le médecin du patient, ou des soins de santé facultatifs. Aux fins de cette politique, UPH – Meriter se réserve le droit de déterminer, au cas par cas, si les soins et services répondent à la définition et à la norme de « nécessaire sur le plan médical » aux fins de l'éligibilité à une assistance financière.

- 1.15. Patient(s). Désigne le patient ou la personne prenant en charge le patient (parent, tuteur, garant).
- 1.16. Détermination d'éligibilité présumée. Le processus selon lequel UPH – Meriter peut utiliser de précédentes déterminations d'éligibilité et/ou informations provenant de sources autres que la personne pour déterminer l'éligibilité à une assistance financière en vertu de la présente politique.
- 1.17. Convention de cas individuel. Une convention entre UPH – Meriter et un patient ou une tierce partie dans le cadre de laquelle un montant du paiement est convenu pour un cas de patient spécifique. Une convention de cas individuel est une exception et ne constitue pas un programme de remise ni un substitut pour les contrats d'assurance.
- 1.18. Sous-assurés. Les patients assurés dont les frais médicaux à payer de leur poche dépassent leur capacité à payer.
- 1.19. Non-assurés. Les patients sans assurance maladie ni assistance d'un tiers pour aider à résoudre leur responsabilité financière envers des prestataires de soins de santé pour un service en particulier.
- 1.20. Réduction pour les non-assurés. Une réduction proposée aux patients non couverts par une assurance médicale. Les frais bruts de l'hôpital multipliés par le facteur de réduction pour les non-assurés.
- 1.21. Soins d'urgence. Soins nécessaires sur le plan médical pour traiter des affections médicales ne menaçant pas immédiatement la vie, mais qui pourraient entraîner l'apparition d'une maladie ou d'une blessure, une invalidité, le décès, ou une altération ou un dysfonctionnement graves si elles ne sont pas traitées dans les 12 à 24 heures.

2. Éléments de la politique. UPH – Meriter fournit une assistance financière en vertu de la présente politique uniquement lorsque : (a) il est estimé que les soins sont nécessaires sur le plan médical et qu'ils sont éligibles à la couverture en vertu de la présente politique ; (b) il est déterminé que les patients ont satisfait à tous les critères d'éligibilité ; (c) il est déterminé qu'il s'agit du prestataire approprié pour le niveau de soins ; et (d) les patients ont recherché en première instance une assistance de la part d'autres programmes (tels que Medicaid ou une assurance sur le marché public). Comme décrit dans cette politique, UPH – Meriter propose à la foi des soins gratuits et des soins à prix réduit, en fonction de la taille de la famille d'une personne, du revenu et du type de service de soins de santé. Les patients non assurés ou sous-assurés qui ne sont pas éligibles à recevoir des soins gratuits peuvent recevoir un barème mobile de remise des frais bruts pour leurs services nécessaires sur le plan médical en fonction de leur revenu familial, en pourcentage des recommandations relatives au seuil de pauvreté (« FPG »). Ces patients devront payer leur solde restant et pourront collaborer avec un représentant d'UPH – Meriter pour définir un plan de remboursement en fonction de leur situation financière. Si des services couverts concernent des soins d'urgence ou des services qu'UPH – Meriter est par ailleurs tenu de fournir en vertu d'EMTALA, UPH – Meriter fournira alors lesdits services couverts sans demander d'acompte préalable ou de prépaiement. Pour tous les autres services couverts, UPH – Meriter pourra demander un prépaiement préalable.

3. Procédure.
 - 3.1. Éligibilité à recevoir une assistance financière.
 - 3.1.1. Les services éligibles à une assistance financière incluent tous les soins d'urgence et autres soins nécessaires sur le plan médical fournis par UPH – Meriter aux patients éligibles à l'assistance financière. L'assistance financière sera proposée aux patients éligibles afin de couvrir la responsabilité des patients pour les patients non-assurés ainsi que pour les patients avec un reste à payer après le paiement de leur assurance. UPH – Meriter ne facturera pas plus que l'AGB pour des soins d'urgence ou nécessaires sur le plan médical aux patients qui sont éligibles pour une assistance financière par rapport aux patients assurés. Un patient non-assuré sous le seuil de 600 % ne peut pas être facturé plus que les charges de l'hôpital moins le montant de la réduction pour les non-assurés. Dans la mesure autorisée par les assureurs gouvernementaux et privés, les franchises, ou quotes-parts peuvent être éligibles pour la prise en compte dans le cadre de l'assistance financière.

 - 3.1.2. L'éligibilité pour une assistance financière peut être déterminée à tout moment dans le cycle des revenus.

3.1.3. Afin d'être éligible à une assistance financière, les patients doivent satisfaire aux critères suivants :

- 3.1.3.1. Le patient et/ou le représentant du patient doivent coopérer avec UPH – Meriter pour explorer les autres moyens de recevoir une assistance si disponibles (sauf si une documentation fournie prouve son statut de « patient exonéré »). Tous bénéfices ou fonds de règlements payés directement au patient en lien avec des frais médicaux doivent être remis par le patient à UPH – Meriter pour couvrir les charges associées impayées d'UPS – Meriter avant que ne soit appliquée l'assistance financière. Tous les patients non assurés qui ont la capacité financière de contracter une assurance médicale peuvent être encouragés à le faire pour permettre de garantir l'accessibilité aux soins de santé et de bien-être général.
- 3.1.3.2. Le patient est incapable de payer en raison de sa situation financière individuelle.
- 3.1.3.3. Le patient et/ou le représentant du patient coopère avec les politiques et procédures d'UPH – Meriter.
- 3.1.3.4. Le patient doit être considéré comme un résident du Dane County ou des comtés voisins. Pour déterminer l'éligibilité, Meriter utilise les recommandations relatives à l'éligibilité selon le lieu de résidence de Wisconsin Medicaid, définies par le ministère des services de santé de l'État du Wisconsin, appliquées aux comtés suivants : Dane, Columbia, Dodge, Jefferson, Rock, Green, Iowa et Sauk. Les patients voyageurs internationaux/visiteurs à la recherche d'un traitement non émergent par UPH – Meriter ne sont pas éligibles pour une assistance financière.
- 3.1.3.5. Le patient doit avoir un revenu du foyer annuel inférieur à 500 % des recommandations relatives au seuil du pauvreté, ou avoir des dettes médicales excessives (supérieures à 50 % de son revenu brut).
- 3.1.3.6. Le patient, ou le représentant du patient, doit soumettre une demande d'assistance financière complétée (y compris toute la documentation requise pour la demande) ou doit satisfaire aux exigences d'éligibilité.

- 3.1.3.7. Certains programmes fédéraux et d'État basés sur les revenus, tels que Medicaid, requièrent que les patients fournissent des documents prouvant que leurs revenus sont inférieurs à un certain seuil de pauvreté fédéral (FPL, Federal Poverty Limit). Si un patient participe actuellement à un programme demandant un justificatif de FPL < 200 %, le patient peut ne pas devoir fournir un justificatif de revenu autre que la demande d'assistance financière à UPH – Meriter afin que la provision d'assistance financière soit approuvée.
- 3.1.4. Lors de la détermination de l'éligibilité, UPH – Meriter ne fait aucune discrimination en fonction de l'origine ethnique, la couleur, l'origine nationale, l'orientation sexuelle, le sexe, l'âge ou d'une invalidité.
- 3.1.5. Si UPH – Meriter détermine que le patient satisfait aux critères décrits ci-dessus, UPH – Meriter détermine le montant de l'assistance financière du patient à l'aide d'un barème mobile en fonction du revenu. (Annexe B)
- 3.1.6. Les patients non éligibles à une assistance financière comprennent les suivants :
 - 3.1.6.1. Populations de patients spécifiques ayant passé une convention de cas individuel avec UPH – Meriter.
 - 3.1.6.2. Patients qui sont éligibles pour une couverture ou un paiement pour des services en vertu de tout autre programme d'assurance médicale ou pour accident, y compris des indemnités pour accident de travail, responsabilité civile, et assurance de véhicule motorisé.
 - 3.1.6.3. Les patients qui ont souscrit à des plans d'assurance qui considèrent qu'UPH – Meriter est « en dehors du réseau » et qui choisissent de recevoir les soins non-émergents chez UPH – Meriter au lieu d'un prestataire du « réseau ».
Dans ces cas, UPH – Meriter peut réduire ou refuser l'assistance financière qui serait autrement disponible pour le patient en se basant sur un examen des informations relatives à l'assurance du patient et des autres faits et circonstances pertinents.
 - 3.1.6.4. Les patients recevant des soins qui ne sont pas estimés être un service couvert car le service n'est pas jugé nécessaire sur le plan médical, ni comme étant des soins d'urgence.

3.1.7. L'assistance financière pour les patients non-assurés orientés vers UPH – Meriter pour des services non-urgents et qui reçoivent des soins médicaux communautaires dispensés par un centre de santé qualifié sur le plan fédéral, un centre de santé communautaire ou une clinique caritative gratuite :

3.1.7.1. S'il existe une base raisonnable permettant de penser que le patient non-assuré pourrait être éligible à un programme public d'assurance maladie, UPH – Meriter permettra au patient de passer la sélection et l'aidera à faire la demande de programmes publics d'assurance maladie.

3.1.7.2. S'il n'existe pas de base raisonnable permettant de penser que le patient non-assuré pourrait être éligible à un programme public d'assurance maladie, UPH – Meriter permettra au patient de faire la demande d'assistance financière de l'hôpital lorsque les services hospitaliers sont programmés.

3.2. Assistance pour les patients non éligibles à une assistance financière :

3.2.1. Les patients non assurés qui ne sont pas éligibles à une assistance financière peuvent recevoir une remise autofinancée. Pour plus d'informations, les patients peuvent demander la Politique 1.BR.33 d'UnityPoint Health, Remises pour patients non assurés.

3.3. Effectuer une demande d'assistance financière :

3.3.1. UPH – Meriter et UW Health ont établi un partenariat pour créer un processus de demande et de détermination partagé, qui permet aux patients de soumettre une demande d'assistance financière à l'un ou l'autre des organismes. Toutes les demandes et la documentation justificative reçues par l'un ou l'autre organisme seront disponibles à la fois pour UPH – Meriter et UW Health. La détermination finale de l'assistance financière, y compris les taux de remise, sera laissée à la seule responsabilité de l'organisme individuel. En cas de divergence, UPH – Meriter adhèrera aux recommandations énoncées dans cette politique d'assistance financière d'UPH – Meriter.

3.3.2. Un patient peut être éligible pour recevoir une assistance financière par le biais de l'éligibilité présumée ou en faisant la demande d'une assistance financière en envoyant un formulaire de demande d'assistance financière complété. Les documents et informations concernant la demande sont disponibles en ligne et dans les établissements d'UPH – Meriter et UW

Health. Voir l'Annexe A pour obtenir la liste complète des coordonnées, y compris les adresses et les sites Web.

- 3.3.3. Les patients peuvent déposer une demande d'assistance financière jusqu'à 240 jours à compter du jour de la sortie de l'hôpital ou des services.
- 3.3.4. Les patients seront invités à confirmer que toutes les informations fournies sont vraies. Si une information est déterminée comme étant fautive, toutes les remises offertes au patient peuvent être révoquées, et ces derniers seront responsables du paiement de l'intégralité des frais pour les services rendus.
- 3.3.5. Les patients doivent remplir une demande d'assistance financière et fournir la documentation justificative suivante, le cas échéant :

3.3.5.1. Preuve des revenus du demandeur (et du conjoint s'il est marié).

3.3.5.1.1. Les bulletins de salaire les plus récents. L'un des critères suivants :

3.3.5.1.1.1. Si le demandeur est payé à la semaine (chaque semaine) : les 4 bulletins de salaire consécutifs les plus récents.

3.3.5.1.1.2. Si le demandeur est payé bi-hebdomadairement (toutes les deux semaines) : les 2 bulletins de salaire consécutifs les plus récents.

3.3.5.1.1.3. Si le demandeur est payé mensuellement (chaque mois) : le bulletin de salaire le plus récent.

3.3.5.1.1.4. Lettre de l'employeur indiquant les revenus hebdomadaires, mensuels ou annuels.

3.3.5.1.2. Déclaration d'allocation chômage.

3.3.5.1.3. Informations relatives au revenu SSI/SSDI (y compris pour les enfants mineurs).

- 3.3.5.1.4. Informations relatives aux annuités.
 - 3.3.5.1.5. Informations relatives aux pensions de retraite.
 - 3.3.5.1.6. Toute autre information suffisante sur la façon dont le patient et sa famille pourvoient à leurs besoins.
 - 3.3.5.1.7. Copie de la déclaration de revenus fédérale la plus récente (y compris tous les échéanciers en vigueur).
- 3.3.5.2. Relevés bancaires : les 2 plus récents.
- 3.3.5.3. Preuve d'autres actifs, comme décrit sur la demande d'assistance financière.
- 3.3.5.4. Les personnes qui ne peuvent pas fournir la documentation énumérée ci-dessus, qui ont des questions à ce sujet ou souhaitent obtenir une aide pour remplir la demande d'assistance financière, peuvent contacter un représentant d'UPH – Meriter ou UW Health en personne ou par téléphone. UPH – Meriter et UW Health proposent un service d'interprétation par téléphone (Language Line) pour aider les patients qui ont des questions ou pour fournir des copies de la politique d'assistance financière et/ou la demande d'assistance financière et les instructions. Voir l'Annexe A pour obtenir la liste complète des coordonnées, y compris les adresses et les sites Web.
- 3.3.6. La demande d'assistance financière complétée sera examinée par un représentant qualifié pour vérifier :
- 3.3.6.1. Que toutes les solutions de couverture médicale ou autre assurance ont été épuisées, y compris tout règlement possible au titre d'une responsabilité civile.
 - 3.3.6.2. L'éligibilité à des programmes gouvernementaux ou d'autres programmes. En cas d'éligibilité, l'assistance sera fournie en faisant une demande de couverture.
 - 3.3.6.3. Les ressources disponibles autres que les revenus, par exemple domicile, propriété terrienne, véhicule(s), biens personnels.
 - 3.3.6.4. Revenus potentiels futurs.

- 3.3.6.5. Autres obligations financières, par exemple garde d'enfant, pension alimentaire.
- 3.3.6.6. Utilisation possible de dons monétaires appropriés.
- 3.3.7. Les patients éligibles pour être envisagés pour une assistance partielle dans le cadre de la politique d'assistance financière d'UPH – Meriter devront coopérer avec UnityPoint Health en fournissant toutes les informations et la documentation nécessaires pour établir une convention et/ou un plan de remboursement raisonnable. Les patients doivent avertir UPH – Meriter ou UW Health de tout changement positif ou négatif dans leur situation financière lors de la programmation des visites ultérieures.
- 3.3.8. Des sources externes peuvent être utilisées, y compris un crédit, la propension à payer ou des scores de rétablissement médical, afin de déterminer l'éligibilité.
- 3.3.9. L'approbation actuelle à des programmes fédéral ou d'État basés sur les revenus dont le critère d'éligibilité est un revenu égal ou inférieur à 200 % des recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté (par ex. Medicaid) peut être utilisée pour déterminer l'éligibilité à une assistance financière. Une documentation autre que la demande d'assistance financière peut ne pas être demandée.
- 3.3.10. Selon la documentation justificative fournie, les demandes peuvent être approuvées sur une base unique pour tous les soldes impayés, et/ou peuvent être approuvés de manière prospective pendant jusqu'à douze mois après la date d'approbation de la demande complétée.
- 3.4. Appels en cas de rejet ou d'attribution d'une assistance financière partielle.
 - 3.4.1. Les patients ou leurs représentants peuvent faire appel suite aux décisions d'UPH – Meriter concernant l'éligibilité à une assurance financière.
 - 3.4.1.1. Si l'assistance financière est refusée, un appel peut être déposé dans les 20 jours civils à compter de la date de la lettre informant le demandeur du rejet ou de l'attribution d'une assistance partielle. La lettre d'appel décrivant la raison pour laquelle la demande doit être reconsidérée, accompagnée de la documentation justificative, doit être adressée à :

UnityPoint Health – Meriter
Patient Financial Coordination - Financial Assistance Appeals
202 South Park Street
Madison, WI 53715

- 3.4.1.2. Chaque appel sera envisagé conjointement par le comité d'appel relatif à l'attribution d'une assistance financière d'UPH – Meriter et UW Health. Les décisions du comité seront envoyées par écrit à la personne qui aura déposé l'appel.
- 3.5. Détermination du montant de la remise.
- 3.5.1. Lorsque l'éligibilité pour une assistance financière aura été établie, UPH – Meriter ne facturera pas plus que l'AGB pour des soins d'urgence ou nécessaires sur le plan médical aux patients qui sont éligibles pour une assistance financière par rapport aux patients assurés. Les patients dont le revenu du foyer est inférieur ou égal à 500 % du seuil FPG peuvent recevoir des soins gratuits ou à prix réduit comme illustré dans l'Annexe B.
- 3.5.2. Les patients non-assurés sous le seuil de pauvreté fédéral de 600 % ne peuvent pas être facturés plus que les charges de l'hôpital moins le montant de la réduction pour les non-assurés.
- 3.5.3. Les patients ayant une dette médicale excessive (plus de 50 % des revenus) peuvent également être éligibles pour une prime d'assistance financière plus importante en vertu de la présente politique, comme décrit dans l'Annexe B.
- 3.5.4. Le montant maximal recueilli par UPS – Meriter pour des services nécessaires sur le plan médical et des soins d'urgence au cours d'une période de douze (12) mois auprès d'un patient non-assuré dont le revenu familial est égal ou inférieur à six cents pour cent (600 %) des recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté est de vingt-cinq pour cent (25 %) du revenu familial de ce patient. UPH – Meriter déterminera au cas par cas si le même montant maximal percevable sur douze (12) mois est étendu à tout autre patient autofinancé éligible à FAP dont le revenu familial est égal ou inférieur à six cents pour cent (600 %) des recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté pour des services nécessaires sur le plan médical et des soins d'urgence. UPH – Meriter se réserve le droit d'exclure des patients possédant des actifs dont la veule excède six cents pour cent (600 %) des recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté de l'application de ce montant maximal percevable sur douze (12) mois. Afin de déterminer l'applicabilité du

montant maximal percevable sur douze (12) mois, les actifs suivants ne seront pas pris en compte :

- 3.5.4.1. La résidence principale du patient non-assuré ;
- 3.5.4.2. Les propriétés personnelles exemptées de jugement conformément à la section 12-1001 de l'Illinois Code of Civil Procedure ; et
- 3.5.4.3. Tout montant conservé dans un régime de pension ou de retraite, sous réserve que, toutefois, que les distributions et paiements du régime de pension ou de retraite puissent compter en tant que revenu.

3.6. Éligibilité présumée :

3.6.1. En l'absence d'informations suffisantes justifiant l'éligibilité à une assistance financière, UPH – Meriter peut choisir de consulter ou de se fier à des sources externes et/ou d'autres ressources d'inclusion à des programmes pour déterminer l'éligibilité dans le cas où :

3.6.1.1. Le patient est sans abri.

3.6.1.2. Le patient est actuellement éligible pour participer à des programmes d'assistance de l'État ou locaux, même si le patient n'a pas été historiquement éligible pour les mêmes programmes.

3.6.1.3. Le patient est éligible pour un programme de financement par l'État d'un médicament sur ordonnance.

3.6.1.4. Le patient est décédé et ne possède pas de biens immobiliers.

3.6.1.5. Le patient a fait faillite ; et/ou

3.6.1.6. Le patient est inscrit à l'un des programmes d'assistance suivants, dont le critère d'éligibilité est un revenu égal ou inférieur à 200 % des recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté.

3.6.1.6.1. Programme de nutrition pour les femmes, les nourrissons et les enfants (WIC, Women, Infant, and Children Nutrition) ;

- 3.6.1.6.2. Programme d'assistance de nutrition supplémentaire (SNAP, Supplemental Nutrition Assistance Program) ;
 - 3.6.1.6.3. Programme de petits-déjeuners et déjeuners gratuits de l'Illinois (Illinois Free Lunch and Breakfast Program) ;
 - 3.6.1.6.4. Programme d'assistance à l'énergie domestique pour les faibles revenus (LIHEP, Low Income Home Energy Assistance Program) ;
 - 3.6.1.6.5. Assistance temporaire pour les familles dans le besoin (TANF, Temporary Assistance for Needy Families) ;
 - 3.6.1.6.6. Un programme communautaire organisé fournissant un accès à des soins médicaux et qui évalue et documente une limite de statut financier à faibles revenus comme critère d'éligibilité ; ou
 - 3.6.1.6.7. Un programme d'assistance de bourses pour les services médicaux.
- 3.6.2. Les sources externes utilisées afin de déterminer l'éligibilité présumée peuvent inclure un crédit ou des scores de rétablissement médical disponibles par l'intermédiaire de TransUnion, Zillow, ou Access Dane.
- 3.6.3. UPH – Meriter utilise également une source extérieure pour déterminer le score de « propension à payer » afin d'aider à identifier les patients qui pourraient être éligibles à une assistance financière en vertu de la présente politique. Les restes à payer du compte des patients au revenu à 300 % du seuil de pauvreté fédéral et dont le score de propension à payer est faible seront abandonnés
- 3.6.4. UPH – Meriter peut également utiliser de précédentes déterminations d'éligibilité à une assistance financière comme base pour déterminer l'éligibilité au cas où le patient ne fournirait pas une documentation suffisante pour justifier la détermination d'éligibilité.

- 3.6.5. Les approbations d'éligibilité présumée s'appliquent aux soldes impayés uniquement et non aux soldes futurs. Ces comptes sont approuvés pour remise à 100 %.
- 3.6.6. Un patient autofinancé satisfaisant un ou plusieurs critères d'éligibilité probable qui dépose une demande d'assistance financière ne sera pas obligé de signaler un revenu brut ou des informations relatives aux dépenses mensuelles.
- 3.7. Prestataires éligibles : Outre les soins offerts par UPH – Meriter, des soins d'urgence et des soins nécessaires sur le plan médical prodigués par les prestataires, comme défini dans l'Annexe C, sont également couverts en vertu de cette politique. Les membres du grand public pourront facilement obtenir l'Annexe C et la liste de prestataires partenaires en accédant à cette politique en ligne à l'adresse www.unitypoint.org/madison/financial-assistance, par courrier, et/ou en personne auprès de tous les bureaux d'admission/enregistrement des établissements d'UPH – Meriter. Voir l'Annexe A pour obtenir la liste complète des coordonnées, y compris les adresses et les sites Web.
- 3.8. Communication du programme d'assistance financière :
- 3.8.1. UPH – Meriter communique la disponibilité et les conditions de son programme d'assistance financière à tous les patients et au sein de la communauté. Des copies de la politique d'assistance financière, 1.BR.34M, de la demande d'assistance financière et du résumé simplifié seront disponibles par courrier, sur le site Web d'UPH – Meriter et en personne dans les établissements UPH – Meriter.
- 3.8.2. Les coordinateurs financiers d'UPH – Meriter sont disponibles par téléphone au (608) 417-5035 pour répondre aux questions sur la politique. Les patients peuvent également se rendre au bureau d'enregistrement à l'accueil d'un hôpital UPH – Meriter pour obtenir cette information en personne. Voir l'Annexe A pour obtenir les coordonnées complètes.
- 3.8.3. UPH – Meriter a créé un résumé simplifié de cette politique.
- 3.8.3.1. Le résumé simplifié est disponible par courrier, sur le site Web d'UPH – Meriter, et en personne dans les établissements UPH – Meriter.
- 3.8.3.2. Le résumé simplifié est mis à disposition dans le cadre du processus d'admission et/ou de sortie du patient.

- 3.8.3.3. Le résumé simplifié devra accompagner tout avis écrit envoyé au patient pour l'informer qu'une action extraordinaire de recouvrement peut être mise en œuvre à son encontre. Les mesures de recouvrement extraordinaire qui peuvent être prises par UPH – Meriter sont détaillées dans la politique UPH 1.BR.40, Facturation et recouvrement, dont il est possible d'obtenir une copie sur le site Web d'UPH – Meriter et en personne dans les établissements UPH – Meriter.
 - 3.8.4. La présente politique d'assistance financière, le résumé simplifié et tous les formulaires d'assistance financière seront disponibles en anglais et dans toute autre langue parlée par au moins 1 000 personnes ou par plus de 5 % de la collectivité servie par l'hôpital et dont la connaissance de l'anglais est limitée (Limited English Proficiency, LEP). Ces documents traduits sont disponibles par courrier, sur le site Web d'UPH – Meriter et en personne dans les établissements UPH – Meriter.
 - 3.8.5. Ces avis et documents peuvent être envoyés par voie électronique.
 - 3.8.6. Les demandes d'assistance financière peuvent être faites par un patient, des membres de sa famille, un ami ou un associé, mais seront soumises aux lois en vigueur en matière de confidentialité.
 - 3.8.7. Les exigences d'une loi d'État qui prévoit d'autres exigences et/ou des exigences de communication des informations relatives à une assistance financière plus strictes seront suivies dans les États concernés.
- 3.9. Coordonnées pour l'assistance financière :
- 3.9.1. Le processus de demande et de détermination partagé d'UPH – Meriter et UW Health permet aux patients de soumettre une demande d'assistance financière par le biais de l'un ou l'autre organisme. Les représentants des deux organismes utilisent un service d'interprétation par téléphone (Language Line) pour aider les patients qui ne parlent pas anglais avec leurs questions concernant le processus de demande d'assistance financière. Les personnes qui ne peuvent pas fournir la documentation énumérée ci-dessus, qui ont des questions à ce sujet ou souhaitent obtenir une aide pour remplir la demande d'assistance financière, peuvent contacter soit UPH – Meriter soit UW Health en personne ou par téléphone. Les patients doivent adresser leur questions relatives à la facturation ou des questions spécifiques à la politique d'assistance financière d'UPH – Meriter à un coordinateur

financier pour les patients de chez UPH – Meriter. Cela inclut toute demande de copie de la politique d'assistance financière d'UPH – Meriter ou du résumé simplifié. Voir l'Annexe A pour obtenir la liste complète des coordonnées, y compris les adresses et les sites Web.

3.10. Exigences réglementaires :

3.10.1. Dans la mise en œuvre de cette politique, UPH – Meriter devra se conformer à toutes les autres lois, règles et réglementions fédérales, d'État, et lois locales qui peuvent s'appliquer à des activités menées en vertu de cette politique.

/s/ Doug Watson

Doug Watson
Directeur financier d'UPH

ANNEXE A – COORDONNÉES POUR L’ASSISTANCE FINANCIÈRE

UPH possède un service d’interprétation téléphonique afin d’assister les patients avec leurs questions concernant le programme d’assistance financière. Les patients peuvent également nous contacter pour demander une copie des lignes directrices de l’assistance financière d’UPH – Meriter.

Les patients peuvent faire la demande d’une assistance financière et soumettre une seule demande auprès d’UPH – Meriter ou UW Health pour examen.

Les patients doivent adresser leur questions relatives à la facturation ou des questions spécifiques à la politique d’assistance financière d’UPH – Meriter à un coordinateur financier pour les patients de chez UPH – Meriter. Cela inclut toute demande de copie de la politique d’assistance financière d’UPH – Meriter ou du résumé simplifié.

Coordination financière d’UPH – Meriter

Les coordinateurs financiers pour les patients sont disponibles en personne dans la zone d’enregistrement des patients de l’accueil de l’hôpital. Les patients peuvent appeler ou consulter le site Web pour connaître les heures habituelles de disponibilité.

Téléphone : (608) 417-5035

Fax : (608) 417-6478

Courrier : **UnityPoint Health - Meriter**
Patient Financial Coordination

202 South Park Street,
Madison, WI 53715

Site Web : www.unitypoint.org/madison/financial-assistance

Programme d’assistance financière d’UW Health

Des conseillers financiers d’UW Health sont disponibles en personne dans l’immeuble des bureaux administratifs. Les patients peuvent appeler ou consulter le site Web pour connaître les heures habituelles de disponibilité.

Téléphone : (877) 278-6437

Fax : (608) 833-5039

Courrier : **UW Health – Programme d’assistance financière**
Administrative Offices Building

7974 UW Health Court
Middleton, WI 53562

Site Web : www.uwhealth.org/communitycare

ANNEXE B – TAUX D’AJUSTEMENT DE L’ASSISTANCE FINANCIÈRE EN 2021

Ces recommandations représentent une simplification des seuils de pauvreté utilisés à des fins administratives pour la détermination de l’éligibilité au programme d’assistance financière d’UPH – Meriter ainsi qu’à certains programmes fédéraux et d’État. Ce document est mis à jour annuellement afin de correspondre aux recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté (FPG) et aux montants généralement facturés (AGB) conformément aux exigences de la loi relative à la protection du patient et aux soins abordables.

Les recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté (FPG) sont une mesure fédérale et sont diffusés chaque année dans le *registre fédéral* par le Ministère de la santé et des services à la personne des États-Unis (HHS).

Taille de la famille	Recommandations relatives au seuil de pauvreté	Remise d’assistance financière			
		≤ 300 % du seuil FPG		≤ 400 % du seuil FPG	≤ 600 % du seuil FPG
1	12 880	38 640		51 520	64 400
2	17 420	52 260		69 680	87 100
3	21 960	65 880		87 840	109 800
4	26 500	79 500		106 000	132 500
5	31 040	93 120		124 160	155 200
6	35 580	106 740		142 320	177 900
7	40 120	120 360		160 480	200 600
8	44 660	133 980		178 640	223 300
Montant de la remise		100 %		80 %	73 %*

* L’AGB d’UPH – Meriter est de 30 %. Reportez-vous à la section Définitions pour obtenir des informations sur le calcul.

Pour les familles/foyers de plus de huit personnes, 4 540 \$ doivent être ajoutés pour chaque personne supplémentaire.

Les patients ayant une dette médicale excessive (plus de 50 % des revenus) peuvent également être éligibles pour l’attribution d’une assistance financière plus importante en vertu de la présente politique.

Pourcentage d’ajustement fondé sur la taille de la dette médicale :

Dette médicale	≤ 300 % du seuil FPG	≤ 350 % du seuil FPG	≤ 400 % du seuil FPG	≤ 500 % du seuil FPG	≤ 600 % du seuil FPG	> 600% du seuil FPG
< 50 K	100 %	93 %	90 %	85 %	80 %	75 %
50 K à 100 K	100 %	93 %	91 %	90 %	85 %	80 %
100 K à 150 K	100 %	96 %	94 %	93 %	90 %	85 %
> 150 K	100 %	97 %	96 %	95 %	95 %	90 %

ANNEXE C – SERVICES ET CABINETS DE PRESTATAIRES COUVERTS

Les soins d’urgence et nécessaires sur le plan médical fournis dans un établissement d’UnityPoint – Meriter sont généralement couverts en vertu de la politique.

Une grande partie des services de médecins/professionnels fournis au campus principal de l’hôpital UPH – Meriter (202 South Park Street, Madison, WI 53715) **ne sont pas couverts en vertu de cette politique d’assistance financière et seront facturés séparément**, notamment ce qui suit :

- Médecine d’urgence
- Pathologie
- Radiologie/Imagerie
- Obstétrique
- Anesthésiologie
- La plupart des consultations auprès des spécialistes

Pour vous aider à comprendre quels sont les fournisseurs couverts en vertu de cette politique, veuillez-vous référer à la liste intégrale des cabinets de prestataires disponible sur demande ou en ligne à l’adresse www.unitypoint.org/madison/financial-assistance/ProviderListing.

ANNEXE D – MONTANT GÉNÉRALEMENT FACTURÉ (AGB)

Pour calculer l'AGB, UPH – Meriter utilise la méthode « rétrospective » décrite dans la section 26 C.F.R. 501(r)-4(b)(2). Dans cette méthode, UPH - Meriter utilise les données basées sur les demandes de remboursement à l'acte envoyées à Medicare et à tous les assureurs commerciaux privés pour les soins d'urgence et les soins nécessaires sur le plan médical au cours de l'année écoulée afin de déterminer le pourcentage des frais bruts qui est généralement payé par ces assureurs.

Le pourcentage de l'AGB est ensuite multiplié par les frais bruts pour les soins d'urgence et nécessaires sur le plan médical afin de déterminer l'AGB. UPH - Meriter recalcule le pourcentage chaque année. Le pourcentage de l'AGB pour les services de UPH - Meriter est de 30 %.

Exemple

Si les frais bruts de l'intervention de coloscopie d'un patient de UPH – Meriter sont de 10 000 \$, que le pourcentage de l'AGB est de 30 % et que le patient est éligible à une assistance financière en vertu de cette politique, il ne sera pas personnellement responsable du paiement de plus de 3 000 \$ pour l'intervention de coloscopie.

Étant donné que le pourcentage de l'AGB pour les services de UnityPoint Health – Meriter est de 30 % et que le montant minimum de l'assistance disponible dans le cadre de cette politique est une réduction de 70 % des frais bruts, aucun patient éligible à une aide financière ne sera tenu de payer un montant supérieur à l'AGB.