



Titre : Assistance financière et installations hospitalières 1.BR.34

Date d'entrée en vigueur : 09/09/05 ; rév. : 04/07, 12/07, 10/10, 08/11, 02/12, 01/16, 10/19, 11/21, 7/23, 8/23

POLITIQUE : Iowa Health System, sous l'appellation UnityPoint Health (« UPH »), ses hôpitaux et ses organisations hospitalières 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 hôpitaux et les organisations hospitalières UPH fourniront une assistance financière aux patients éligibles.

CHAMP D'APPLICATION : les hôpitaux et les organisations hospitalières UPH (ci-après dénommés collectivement « Hôpitaux UPH ») qui bénéficient de l'exonération fiscale 501 (c) (3), dans l'Illinois l'Iowa, et figurant dans l'Annexe D ci-jointe.

PRINCIPES : en tant qu'organisations exonérées d'impôts en vertu de la section 501(c)(3) du code fiscal des États-Unis (« IRC »), les hôpitaux UPH satisfont 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 les hôpitaux UPH ont le devoir de demander un paiement à ces patients.

Dans le cadre de la section 501(r) du code fiscal des États-Unis et d'autres lois d'État en vigueur, pour préserver son statut d'organisation exonérée d'impôts, chaque hôpital UPH est tenu d'adopter et de diffuser sa politique d'assistance financière. Si la fourniture d'une assistance financière est soumise à des exigences supplémentaires d'une législation nationale ou étatique, et si ladite législation impose des exigences plus strictes que celles de la présente politique, les exigences plus strictes prévaudront (par exemple, la section 210 ILCS 76 de la Community Benefit Act).

La présente politique a pour but de présenter les situations dans lesquelles les hôpitaux UPH fourniront des soins à prix réduit aux patients nécessiteux sur le plan financier.

1. Définitions.

- 1.1 Hôpital. Établissement auquel l'État impose l'obligation d'obtenir une licence, de se faire enregistrer ou d'obtenir une autre forme d'attestation comme hôpital. Plusieurs bâtiments dirigés par une organisation hospitalière sous la même licence officielle sont considérés comme un seul et même hôpital.
- 1.2 Organisation hospitalière. Organisation reconnue ou cherchant à être reconnue selon les dispositions de la section 501(c)(3) et dirigeant un ou plusieurs hôpitaux. Il s'agit également de toute autre organisation dont la principale fonction ou dont la mission consiste à fournir des soins hospitaliers.

- 1.3 Montants permis. 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 ».
- 1.4 Montants généralement facturés aux personnes souscrivant une assurance (« AGB », Amounts Generally Billed). Les méthodes suivantes sont utilisées par les hôpitaux pour calculer les montants généralement facturés aux personnes souscrivant une assurance dans le cadre de la présente politique.
- 1.4.1 $\% \text{ AGB} = (\text{somme des montants permis par le tarif Medicare pour un service} + \text{somme de tous les montants permis par les assureurs privés pendant une période de 12 mois antérieure}) / (\text{somme des montants facturés bruts pour les mêmes demandes})$
- 1.4.2 $\text{AGB} = (\text{montants facturés bruts pour des soins nécessaires sur le plan médical ou pour des soins de santé d'urgence}) \times (\text{AGB } \%)$
- 1.4.3 L'AGB actuel pour chaque hôpital UPH est indiqué dans l'Annexe C à la présente politique. L'AGB est mis à jour une fois par an.
- 1.5 Soins nécessaires sur le plan médical. Services qui (1) correspondent au diagnostic et au traitement de la pathologie du patient ; (2) sont conformes aux normes de bonnes pratiques médicales ; (3) sont nécessaires pour répondre au besoin médical du patient pour des raisons autres que la commodité du patient, du professionnel ou du soignant ; et (4) sont le type de services le moins coûteux pour répondre raisonnablement au besoin médical du patient.
- 1.6 Soins médicaux d'urgence. Selon la définition fournie par la loi sur l'accouchement et le traitement médical d'urgence (« EMTALA », Emergency Medical Treatment and Labor Act), il s'agit d'une situation lors de laquelle une pathologie se manifeste par des symptômes aigus dont la gravité est telle que, en l'absence de l'administration immédiate de soins médicaux, il est raisonnablement possible d'affirmer que la santé du patient court un risque substantiel, que ses fonctions corporelles peuvent être gravement endommagées ou que tout autre organe peut subir un préjudice grave. Cette définition comprend les femmes enceintes ayant des contractions.
- 1.7 Patient(s). Désigne le patient ou la personne prenant en charge le patient (parent, tuteur, garant).
- 1.8 Patients éligibles FINA. Patients qui suivent les procédures définies dans la présente politique et qui sont jugés éligibles pour recevoir une assistance financière en vertu de la présente politique.
- 1.9 Les définitions qui sont spécifiques aux exigences de l'État de l'Illinois sont incluses dans l'Annexe B jointe à cette politique.

2. Éligibilité à recevoir une assistance financière.

- 2.1 L'assistance financière est disponible seulement pour les soins nécessaires sur le plan médical et pour les soins médicaux d'urgence fournis à des patients éligibles FINA. Une assistance financière sera fournie aux patients éligibles pour couvrir la responsabilité des patients non assurés, ainsi que les patients dont le solde est débiteur après le paiement de l'assurance. L'assistance financière se fonde sur les directives suivantes, sauf en cas d'obligations contraires imposées par les lois de l'État, ces dernières ayant préséance conformément aux indications de l'Annexe B jointe à la présente politique.
- 2.2 Les patients éligibles FINA n'atteignant pas 600 % du seuil de pauvreté fédéral (« FPIG », Federal Poverty Income Guidelines) actuel peuvent être éligibles pour une assistance financière. Les patients éligibles FINA ne recevront pas une facture pour un montant supérieur au montant généralement facturé aux patients souscrivant une assurance. L'Annexe A, jointe à cette politique, contient la dernière version annuelle des recommandations fédérales relatives au revenu de pauvreté.
- 2.3 Les montants des factures d'hôpital seront, en outre, réduits selon les montants suivants pour les patients dans chaque catégorie FPIG ci-dessous :
- 0-200 % du seuil de FPIG : remise de 100 % du montant AGB
- 201-225 % du seuil de FPIG : remise de 65 % du montant AGB
- 226-250 % du seuil de FPIG : remise de 45 % du montant AGB
- 251-300 % du seuil de FPIG : remise de 25 % du montant AGB
- 301-400 % du seuil de FPIG : remise de 5 % du montant AGB
- 401-600 % du seuil FPIG: AGB uniquement
- 2.4 Le revenu du foyer sera pris en compte pour déterminer si un patient est éligible pour recevoir une assistance. Le revenu du foyer inclut, sans toutefois s'y limiter, les situations suivantes : mariages coutumiers, enfants (biologiques, enfants du conjoint, enfants adoptifs) et couples en concubinage (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).
- 2.5 En plus du revenu du foyer, l'hôpital doit déterminer si le foyer du patient dispose de biens pouvant lui servir à remplir ses obligations financières. Parmi ces biens peuvent figurer, sans toutefois s'y limiter, des sommes en espèces, des comptes d'épargne et des comptes courants, des certificats de dépôt, des actions et des obligations, des comptes de retraite (« IRA », individual retirement account), des fonds en fiducie, des biens immobiliers (à l'exception

du domicile du patient) et des véhicules automobiles. L'hôpital tiendra également compte des dettes contractées par le foyer du patient. Les actifs d'un patient ne seront pas pris en compte si le patient reçoit des services de la part d'un prestataire qui fait partie du National Health Services Corps ou de programmes de radiation des emprunts pour les soins primaires.

2.6 Des informations relatives à un patient (ou à un membre de son foyer) obtenues avant la demande d'assistance financière seront peut-être utilisées pour déterminer son éligibilité pour recevoir une assistance. UPH fait également appel à des agences tierces pour effectuer les recouvrements. Si ces agences fournissent à UPH un document indiquant le niveau FPIG probable d'un patient, UPH utilisera cette information pour déterminer l'admissibilité du patient pour recevoir une assistance financière et le niveau de réduction auquel il a droit.

2.7 Éligibilité présumée. Les patients qui remplissent les critères d'éligibilité présumée dans le cadre de la présente section 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 indiqués ci-dessous dans la section 2.7.1 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 douze (12) 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.

2.7.1 Les patients qui ont droit aux programmes suivants et en reçoivent des avantages peuvent être présumés éligibles pour recevoir une assistance financière à 100 % :

2.7.1.1 *Le programme de bons alimentaires* de l'U.S. Department of Agriculture Food and Nutrition Service.

2.7.1.2 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 hôpital 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 douze (12) mois à compter de la date de survenance de l'urgence.

2.7.1.3 Programme Medicaid (sauf en cas de restriction de prestataire médical [lock-in] et/ou ou de dépenses médicales élevées [spend-down]), y compris les services non couverts, mais médicalement nécessaires

2.7.1.4 Assistance alimentaire aux femmes, aux nouveau-nés et aux enfants (« WIC », Women, Infants, and Children)

2,8 Les exigences d'une loi d'État qui prévoit d'autres exigences et/ou des exigences d'éligibilité plus strictes seront suivies dans les États concernés.

3. Communication des informations d'assistance financière.

3.1 Chaque hôpital indiquera la disponibilité de l'assistance financière à tous les patients et à l'intérieur de la collectivité. Des copies de la politique d'assistance financière (politique 1.BR.34), de la demande d'assistance financière et du résumé simplifié seront disponibles par courrier, sur le site Web de chaque hôpital et dans chaque hôpital.

3.2 Le bureau central de facturation d'UPH est joignable par téléphone au (844) 849-1260 pour répondre aux questions sur la politique. Les patients peuvent également s'adresser au bureau des paiements de l'hôpital pour obtenir les informations désirées.

3.3 Les hôpitaux UPH prépareront un résumé simplifié de la présente politique.

3.3.1 Le résumé simplifié sera disponible par courrier, sur le site Web de chaque hôpital et dans chaque hôpital.

3.3.2 Le résumé simplifié sera mis à disposition dans le cadre du processus d'admission ou de sortie du patient.

3.3.3 Le résumé simplifié doit 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 extraordinaires qui peuvent être prises par un hôpital sont détaillées dans la politique UPH 1.BR.40, Facturation et recouvrement, dont la copie peut être obtenue auprès de chaque hôpital et sur le site Web de chaque hôpital.

3.4 La présente politique, le résumé simplifié et tous les formulaires d'assistance financière doivent être 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 (« LEP », Limited

English Proficiency). Les documents traduits seront disponibles par courrier, sur le site Web de chaque hôpital et dans chaque hôpital.

- 3.5 Ces avis et documents peuvent être envoyés par voie électronique.
 - 3.6 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.
4. Méthode employée pour faire une demande d'assistance financière.
- 4.1 Le patient fait une demande d'assurance ou souhaite être pris en charge par un tiers. Pour que sa demande d'assistance financière soit examinée, le patient doit d'abord faire la demande d'autres ressources financières pouvant être disponibles pour payer les soins de santé du patient, telles que Medicaid, Medicare, assureurs, etc. Les patients disposant d'une assurance maladie valide utilisant des prestataires n'appartenant pas au réseau UPH doivent accéder à leur prestataire principal avant de demander une assistance financière.
 - 4.1.1 La présente politique ne s'applique pas à la partie des services du patient qui ont été ou peuvent être payés par un payeur de première ou troisième partie, tel qu'une compagnie d'assurance auto ou un régime d'indemnités pour accident de travail. Dans le cadre des dispositions des États de l'Iowa, de l'Illinois et du Wisconsin, quand un patient est mis en recouvrement pour des services suivant un accident ou une blessure, l'hôpital peut imposer un nantissement sur un règlement tiers.
 - 4.2 Le patient doit remplir la demande d'assistance financière. Le patient doit fournir à l'hôpital une demande d'assistance financière remplie et tous les documents requis pour que sa demande soit prise en compte. La demande peut être remplie avec les informations recueillies par écrit, verbalement ou par une combinaison de ces deux méthodes.
 - 4.3 Le patient est informé de son éligibilité. Après avoir reçu les informations financières du patient, l'hôpital l'informerá de sa décision en matière d'éligibilité dans un délai raisonnable.
 - 4.3.1 Si un patient est approuvé pour recevoir une assistance financière, l'approbation est valide pendant douze (12) mois suivant la date de l'approbation initiale. Cependant, l'approbation pour recevoir une assistance financière peut être révisée ou annulée si la situation financière du patient change et si les résultats du patient ne satisfont plus aux mêmes critères pour une assistance financière en vertu de la présente Politique.
 - 4.3.2 Si, dans un premier temps, le patient n'a pas droit à une assistance financière, il a la possibilité de faire une nouvelle demande si sa

situation change en matière de revenus, de biens possédés ou de responsabilités familiales.

4.3.3 Un patient qui est éligible pour recevoir une assistance financière doit coopérer avec l'hôpital pour dresser un plan de paiement raisonnable tenant compte de ses revenus et de ses biens, du montant de la facture réduite et de tout paiement déjà effectué.

4.3.3.1 Un patient qui est éligible pour recevoir une assistance financière doit fournir des efforts de bonne foi pour respecter le plan de paiement. Le patient est responsable de communiquer 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.

4.4 Les exigences d'une loi d'État qui prévoit d'autres exigences et/ou des exigences en matière de demande d'assistance financière plus strictes seront suivies dans les États concernés.

/s/ Doug Watson _____
Doug Watson, Directeur financier

RESSOURCES :

Code fiscal des États-Unis, Section 501(r) ; 79 FR 78954 (31 décembre 2014) 31, 2014)

ANNEXE A – Recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté

Recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté de 2024 (en vigueur en janvier 19, 2024)

Taille de la	Recommandations
1	15 060 dollars
2	20 440 dollars
3	25 820 dollars
4	31 200 dollars
5	36 580 dollars
6	41 960 dollars
7	47 340 dollars
8	52 720dollars

Pour les familles et les ménages de plus de huit personnes, ajoutez 5 380 dollars pour chaque personne supplémentaire.

ANNEXE B : LOIS DE L'ILLINOIS

Pour les patients recevant des soins dans un hôpital UPH situé dans l'État de l'Illinois (« hôpital IL UPH »), les exigences supplémentaires suivantes s'appliquent. Si une disposition prévue dans cette Annexe C est en contradiction avec une disposition de la politique, la disposition dont les exigences sont les plus strictes doit être appliquée.

I. Définitions.

Créances irrécouvrables désigne les charges de la période actuelle pour la comptabilité douteuse réelle ou prévue résultant de l'extension du crédit.

Les soins caritatifs comprennent le coût réel des services fournis sur la base du rapport coût-charges global issu de la fiche C du dernier rapport des frais Medicare publié par un hôpital à but non lucratif, et non pas sur la base des frais engagés au titre desdits services. Les soins caritatifs n'incluent pas les créances irrécouvrables.

Le revenu familial désigne la somme des bénéfices annuels et des avantages en espèces d'une famille toutes sources confondues avant impôts, moins les montants versés au titre de la pension alimentaire.

Assistance financière désigne une remise accordée à un patient dans les conditions générales que l'hôpital propose aux patients qualifiés conformément à la loi.

Plan de soins de santé désigne un organisme d'assurance-maladie, un organisme de maintien de la santé, un accord de prestataire préféré, ou un administrateur tiers autorisé dans l'Illinois à émettre des politiques ou souscrire à des contrats, ou à administrer ces politiques et les contrats qui remboursent des services hospitaliers et ambulatoires fournis dans un hôpital. Un plan de soins de santé n'inclut pas les programmes financés par le gouvernement tels que Medicare ou Medicaid, des indemnités pour accident du travail, une assurance de responsabilité en cas d'accident.

Patient assuré signifie un patient qui est assuré par un plan de soins de santé.

Patient non assuré signifie un patient qui n'est pas assuré par un plan de soins de santé et n'est pas un bénéficiaire en vertu d'un programme financé par le gouvernement, d'indemnités pour accident du travail, ou d'une assurance de responsabilité en cas d'accident.

II. Remises pour patients non assurés. (également dans la section 1.BR.33)

A. Un hôpital IL UPH doit accorder une remise sur ses frais au patient non assuré qui la demande et dont le revenu familial ne dépasse pas 600 % des recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté pour tous les services

nécessaires sur le plan médical supérieurs à 150 dollars dans le cadre d'une visite en ambulatoire ou d'une admission à l'hôpital.

- B. Un hôpital IL UPH doit accorder une remise caritative de 100 % sur ses frais pour tous les services de soins de santé nécessaires sur le plan médical supérieurs à 150 dollars lors d'une visite en ambulatoire ou une admission à l'hôpital à tous les patients non assurés qui la demandent et dont le revenu familial ne dépasse pas 200 % des recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté.
- C. Remises. Pour tous les services de soins de santé excédant 150 dollars pour toute visite en ambulatoire ou admission à l'hôpital, un hôpital IL UPH ne doit pas recouvrer auprès d'un patient non assuré éligible plus que le montant de ses frais, moins le montant de la remise non assurée.
- D. Montant de recouvrement maximal.
 - 1. Le montant maximal recouvrable sur une période de 12 mois au titre des services de soins de santé prodigués par un hôpital IL UPH auprès d'un patient non assuré représente 25 % du revenu familial du patient et dépend de son éligibilité permanente en vertu de cette section.
 - 2. La période de 12 mois durant laquelle le montant maximum s'applique commencera à la première date à laquelle un patient non assuré recevra des services de soins de santé qui s'avèrent éligibles pour une remise à cet hôpital IL UPH.
 - 3. Pour être éligible à l'application de cette remise maximale aux frais ultérieurs, le patient non assuré doit informer l'hôpital IL UPH lors des visites en ambulatoire ou admissions à l'hôpital ultérieures qu'il a précédemment bénéficié des services de soins de santé de cet hôpital et qu'il a été considéré comme en droit d'avoir une remise à titre de patient non assuré. Les patients non assurés doivent contacter le Bureau de facturation central d'UPH au (844) 849-1260 à cette fin.
- E. Chaque facture ou autre résumé des frais de l'hôpital IL UPH adressé à un patient non assuré doit inclure une déclaration mettant en évidence qu'un patient non assuré respectant certaines exigences liées à ses revenus peut être éligible pour bénéficier d'une remise destinée aux patients non assurés et des informations sur la manière dont un patient non assuré peut demander une prise en charge conformément à la police d'assistance financière de l'hôpital IL UPH.
- F. Responsabilité du patient.

1. Un hôpital IL UPH peut faire en sorte que l'accessibilité d'une remise et le montant de recouvrement maximal en vertu de cette section dépendent de l'éventuelle demande de prise en charge du patient non assuré dans le cadre de programmes publics d'assurance maladie, tels que Medicare, Medicaid, Allkids, le programme de santé pédiatrique de l'État ou d'autres programmes.
2. Un hôpital IL UPH doit permettre à un patient non assuré de demander une remise dans un délai de 90 jours à compter de la date de sortie de l'hôpital ou de la date de fourniture du service.

G. Documentation du patient.

1. Les hôpitaux doivent proposer aux patients non assurés qui bénéficient de soins primaires communautaires fournis par un centre de santé communautaire ou une clinique gratuite et caritative, d'être orientés vers l'hôpital par l'entité concernée et de solliciter l'accès aux services de soins de santé hospitaliers non urgents avec possibilité d'être sélectionnés pour une assistance dans le cadre de la demande de participation à des programmes publics d'assurance maladie, s'il existe un motif raisonnable de croire que le patient non assuré peut être éligible à un programme d'assurance maladie. Un patient non assuré qui bénéficie de soins primaires communautaires fournis par un centre de santé communautaire ou une clinique gratuite et caritative, et qui est orienté par cette entité vers l'hôpital pour lequel il n'existe pas de motif raisonnable de croire que ce patient peut être éligible à un programme public d'assurance maladie doit avoir la possibilité de demander une assistance financière à l'hôpital lorsque les services hospitaliers sont programmés.
2. Vérification des revenus. Un hôpital IL UPH peut exiger de la part d'un patient non assuré faisant la demande d'une remise pour patients non assurés de fournir toute une documentation relative à ses revenus familiaux. Une documentation acceptable doit inclure les éléments suivants :
 - a. la dernière déclaration d'impôts ;
 - b. les derniers formulaires W-2 et 1099 ;
 - c. les deux derniers bulletins de salaire ;
 - d. la confirmation écrite des revenus de la part d'un employeur si le patient est payé en espèces ; ou

- e. un autre formulaire raisonnable de confirmation de revenu d'un tiers jugé acceptable par l'hôpital IL UPH.
3. Confirmation des actifs. Un hôpital IL UPH peut exiger d'un patient non assuré qui demande une remise non assurée de prouver l'existence ou l'absence d'actifs propres et de fournir la documentation en certifiant la valeur, à l'exception de sa résidence principale, des biens personnels exempts de jugement en vertu de la Section 12-1001 du Code de procédure civile ou toute somme versée par un fonds de pension, à condition toutefois que les versements et les montants attribués dans le cadre d'une pension puissent être inclus comme revenus aux fins de l'application de la présente politique. Une documentation acceptable peut comprendre des déclarations des institutions financières ou certaines autres confirmations de tiers de la valeur d'un actif. S'il n'existe aucune confirmation de tiers, le patient non assuré doit certifier la valeur estimée de l'actif.
4. Confirmation de résidence en Illinois. Un hôpital IL UPH peut exiger une confirmation de résidence en Illinois de la part d'un patient non assuré faisant la demande d'une remise pour patients non assurés. Une confirmation acceptable doit inclure l'un quelconque des éléments suivants :
- a. tous les documents énumérés ci-dessus dans les dispositions relatives à la confirmation des revenus ;
 - b. une carte d'identité nationale valide ;
 - c. une facture d'un service public ;
 - d. un contrat de location ;
 - e. une carte grise d'un véhicule ;
 - f. une carte d'électeur ;
 - g. un courrier postal adressé au patient non assuré à une adresse dans l'Illinois de la part d'un organisme gouvernemental ou d'une autre source crédible ;
 - h. une déclaration d'un membre de la famille du patient non assuré, patient résidant à la même adresse et présentant la confirmation de résidence ; ou

- i. une lettre provenant d'un centre pour sans-abris, d'une maison de transition ou d'un autre établissement similaire confirmant que le patient non assuré réside dans l'établissement.
- j. le permis de conduire d'un visiteur temporaire.

III. Éligibilité présumée.

A. Outre les critères d'éligibilité présumée décrits dans la Section 2.7.1 de la politique, les hôpitaux IL UPH doivent inclure les critères suivants relatifs à l'éligibilité présumée des patients non assurés :

- 1. Sans abris.
- 2. Décédé sans biens immobiliers.
- 3. Incapacité mentale sans personne agissant pour le compte du patient.
- 4. Éligibilité à Medicaid, mais pas à la date du service ou pour un service non couvert.
- 5. L'inclusion dans les programmes d'assistance suivants pour les personnes ayant de faibles revenus dont les critères d'éligibilité entrent dans la catégorie inférieure ou égale à 200 % des recommandations fédérales relatives au seuil de pauvreté :
 - a. programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP) ;
 - b. programme de déjeuner et petit-déjeuner gratuit de l'Illinois ;
 - c. programme d'assistance énergétique du foyer pour les personnes à faibles revenus (LIHEAP) ;
 - d. inscription à un programme communautaire organisé fournissant un accès à des soins médicaux qui évalue et documente le statut financier de faible revenu comme critère pour l'adhésion ;
 - e. réception d'une subvention pour services médicaux.

IV. Communication sur la disponibilité d'une assistance financière.

A. Outre les dispositions dans les Sections 3.1 à 3.6 de la politique, un hôpital IL UPH doit aussi prendre les mesures suivantes pour informer les patients sur les possibilités d'assistance financière :

1. Affichage.

- a. Chaque hôpital IL UPH doit afficher une signalisation comportant la notification:« *Vous pourriez être éligible à une aide financière dans le cadre des conditions générales proposées par l'hôpital aux patients éligibles. Pour plus de renseignements, veuillez contacter [représentant de l'hôpital].* »
- b. La signalisation doit être affichée de manière visible dans les zones d'admission et d'enregistrement de l'hôpital IL UPH.
- c. La signalisation doit être en anglais et dans toute autre langue qui est la langue principale d'au moins 5 % des patients servis par l'hôpital IL UPH chaque année.

2. Sites Web. Chaque hôpital IL UPH disposant d'un site Web doit poster une notification dans un endroit visible sur son site Web indiquant qu'une assistance financière est disponible à l'hôpital, une description du processus de demande d'assistance financière, et une copie de la demande d'assistance financière.

3. Documents écrits. Chaque hôpital IL UPH doit mettre à disposition les informations concernant l'assistance financière de l'hôpital sous la forme d'une brochure écrite, un formulaire de demande d'assistance financière, ou un autre document écrit dans la zone d'admission ou d'enregistrement à l'hôpital.

V. Exigences relatives aux demandes d'assistance financière d'un hôpital IL UPH.

A. Les demandes d'assistance financière d'un hôpital IL UPH doivent inclure les éléments suivants :

1. Une déclaration d'introduction contenant les paragraphes suivants :

Important : VOUS POURRIEZ ÊTRE EN DROIT DE RECEVOIR DES SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT : en remplissant cette demande, vous permettrez à UnityPoint Health de déterminer si vous pouvez recevoir des services gratuits ou à prix réduit ou d'autres programmes publics qui pourraient vous aider à payer vos soins de santé. Veuillez soumettre cette demande de l'une des façons suivantes:

Par la poste, à l'adresse suivante: UnityPoint Health Central Billing Office, Attn: FA Team, P. O. Box 35758, Des Moines IA 50315-4205;

Par e-mail, à l'adresse FA_CBO_Request@unitypoint.org;

Par fax, au ((515) 362-5055. Inscrivez « FA Application » sur la page de couverture du fax.

SI VOUS N'ÊTES PAS ASSURÉ(E), UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE N'EST PAS NÉCESSAIRE POUR ÊTRE ÉLIGIBLE POUR RECEVOIR DES SOINS GRATUITS OU À PRIX RÉDUIT. Cependant, un numéro de sécurité sociale est requis pour certains programmes publics, y compris Medicaid. Fournir un numéro de sécurité sociale n'est pas nécessaire mais cela aidera l'hôpital à déterminer si vous êtes éligible pour participer à des programmes publics.

Veillez remplir ce formulaire et le transmettre à l'hôpital en personne, par la poste, par e-mail ou par fax pour faire la demande de soins gratuits ou à prix réduit dans les 60 jours suivant la date de sortie d'hôpital ou la réception de soins en ambulatoire.

Le/La patient(e) reconnaît qu'il ou elle a fait l'effort en toute bonne foi de fournir toutes les informations demandées dans la demande pour aider l'hôpital à déterminer si le/la patient(e) est éligible pour obtenir une aide financière.

REMARQUE : l'obligation de remplir et de soumettre ce formulaire dans les 60 jours suivant la date de sortie ou la réception de soins externes référencés dans la déclaration d'introduction peut être augmentée par l'hôpital, mais pas diminuée.

2. Informations relatives au patient, qui devront se limiter aux éléments suivants :
 - a. nom du patient ;
 - b. date de naissance du patient ;
 - c. adresse du patient ;
 - d. si le patient était un résident dans l'Illinois, à quel moment les soins ont été prodigués par l'hôpital ;
 - e. si le patient a été impliqué dans un accident présumé ;
 - f. si le patient a été victime d'un crime présumé ;
 - g. numéro de sécurité sociale du patient (pas nécessaire si vous n'êtes pas assuré) ;
 - h. numéro de téléphone fixe ou portable du patient ;

- i. adresse e-mail du patient ;
 - j. dans les cas où un conjoint ou partenaire est caution pour le patient ou lorsqu'un parent ou tuteur est caution pour un mineur, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne qui se porte caution. L'Hôpital peut choisir de ne pas inclure ces informations.
 - k. Les informations suivantes concernant le patient doivent être demandées ; toutefois, les questions doivent être clairement marquées comme réponses facultatives pour le patient et mentionner que ses réponses ou non-réponses n'auront aucune incidence sur le résultat de la demande.
 - i. race du patient ;
 - ii. origine ethnique du patient ;
 - iii. sexe du patient ; et
 - iv. langue préférée du patient.
3. Informations relatives à la famille/au foyer, qui se limiteront aux éléments suivants :
- a. nombre de personnes dans la famille/le foyer du patient ;
 - b. nombre de personnes qui sont dépendantes du patient ;
 - c. âges des personnes à la charge du patient.
4. Informations relatives au revenu familial et à l'emploi du patient, qui se limiteront aux éléments suivants :
- a. si le patient ou son/sa conjoint(e) ou partenaire est actuellement employé(e) ;
 - b. lorsque le patient est mineur, si les parents ou tuteurs du patient sont actuellement employés ;
 - c. lorsque le patient ou le/la conjoint(e) ou partenaire du patient est employé(e), le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tous les employeurs ;
 - d. lorsque les parents ou tuteurs d'un patient mineur sont employés, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de tous les employeurs ;

- e. si le patient est divorcé ou séparé, ou a été une partie dans une procédure de dissolution, si l'ancien conjoint ou partenaire est financièrement responsable pour les soins médicaux du patient, par la dissolution ou un accord de séparation ;
 - f. revenu familial mensuel brut, y compris les cas où un conjoint ou un partenaire se porte garant pour le patient, ou un parent ou un tuteur se porte garant pour un mineur, provenant de sources telles que des salaires, des honoraires de travailleur indépendant, une indemnisation de chômage, la sécurité sociale, une allocation pour invalidité de la sécurité sociale, une pension d'ancien combattant, une pension d'invalidité d'ancien combattant, une pension d'invalidité privée, des indemnités pour accident de travail, une assistance temporaire familles nécessiteuses, des revenus de retraite, une pension alimentaire pour enfants, une pension alimentaire, d'autres formes de soutien conjugal et d'autres revenus ;
 - g. documentation relative aux revenus familiaux sous forme de bulletins de salaire, d'attestations d'allocations, de lettres d'octroi, d'ordonnances du tribunal, de déclarations fiscales fédérales ou de toute autre documentation fournie par le patient.
- 5. Informations concernant une assurance/allocation, y compris, mais sans s'y limiter, une assurance-maladie, Medicare, Medicare Supplement, Medicaid et prestations d'anciens combattants.
 - 6. Informations relatives à la valeur d'un actif et d'actifs estimés, qui se limiteront aux comptes courants, aux comptes épargne, actions, certificats de dépôt, fonds communs, véhicules automobiles ou autres véhicules, biens immobiliers et comptes épargne maladie/dépenses flexibles.
 - 7. Informations relatives aux dépenses mensuelles et aux montants des dépenses estimées, qui se limiteront aux dépenses de logement, services, nourriture, transport, garde d'enfant, prêts, frais médicaux et autres dépenses.
 - 8. Une déclaration de confirmation, qui doit indiquer uniquement ce qui suit :

« J'atteste que, à ma connaissance, toutes les informations de cette demande sont véridiques et correctes. Je ferai la demande de toute assistance d'État, fédérale ou locale pour laquelle je pourrais être éligible afin de m'aider à payer cette facture d'hôpital. Je comprends que les informations fournies peuvent être vérifiées par l'hôpital, et

j'autorise l'hôpital à communiquer avec des tiers afin de vérifier l'exactitude des informations fournies dans cette demande. Je comprends que si je fournis sciemment de fausses informations contenues dans cette demande, je ne serai éligible pour aucune assistance financière, je pourrais être amené(e) à devoir rembourser toute assistance financière qui m'aura été accordée et je serai responsable du paiement de la facture d'hôpital.

Date et signature du patient ou du demandeur. »

9. La demande doit contenir une note indiquant que, si le patient satisfait aux critères d'éligibilité présumée contenus dans la politique UPH 1.BR.34 ou s'il est par ailleurs présumé éligible en vertu du revenu familial du patient, le patient ne sera pas tenu de remplir les parties de la demande abordant les informations relatives aux dépenses mensuelles et les montants estimés des dépenses en vertu de la politique UPH 1.BR.34.
- B. Chaque hôpital IL UPH doit soumettre un rapport d'assistance financière de l'hôpital annuel au bureau de l'inspecteur général de l'Illinois, qui devra inclure ce qui suit :
1. Une copie de la demande d'assistance financière de l'hôpital.
 2. Un exemplaire de la police d'éligibilité présumée de l'hôpital, qui doit identifier chacun des critères utilisés par l'hôpital pour déterminer si un patient est présumé éligible à recevoir une assistance financière de l'hôpital.
 3. Les statistiques relatives à l'assistance financière de l'hôpital pour l'année fiscale la plus récente qui comprendront :
 - a. le nombre de demandes d'assistance financière présentées, complètes et incomplètes ;
 - b. le nombre de demandes d'assistance financière approuvées par l'hôpital en vertu de sa politique d'éligibilité présumée ;
 - c. le nombre de demandes d'assistance financière approuvées par l'hôpital en dehors de sa politique d'éligibilité présumée ;
 - d. le nombre de demandes d'assistance financière rejetées par l'hôpital et les 5 principales raisons du rejet ;
 - e. le montant total en dollars de l'assistance financière fournie par l'hôpital, selon le coût réel des soins ;

- f. Dans la mesure où les informations relatives à la race, à l'origine ethnique, au sexe ou à la langue préférée sont recueillies et disponibles pour les demandes d'assistance financière, les données décrites dans B.3.a-f doivent être rapportées selon la race, l'origine ethnique, le sexe et la langue préférée. Si le patient ne fournit pas ces informations, l'hôpital doit l'indiquer dans ses rapports.

C. Processus de soumission du rapport d'assistance financière d'un hôpital IL UPH

1. Chaque hôpital UPH en Illinois qui soumet chaque année un rapport des avantages communautaires auprès du bureau du procureur général conformément à la loi relative aux avantages communautaires devra, en même temps, soumettre conjointement son rapport d'assistance financière de l'hôpital avec son rapport des avantages communautaires.
2. Chaque hôpital UPH en Illinois qui n'est pas tenu chaque année de soumettre un rapport des avantages communautaires devra soumettre son rapport annuel d'assistance financière conjointement avec la fiche C Partie I de son dernier rapport des frais Medicare soumis, conformément à la loi relative aux remises accordées aux patients non assurés de l'hôpital.

D. Technologie électronique et de l'information

1. Chaque hôpital UPH en Illinois utilisant une technologie électronique et de l'information (EIT) dans la mise en œuvre des exigences relatives à la demande d'assistance financière doit annuellement décrire l'EIT utilisée et la source de l'EIT au Bureau du procureur général de l'Illinois au moment du dépôt de son Rapport d'assistance financière de l'hôpital. L'hôpital doit certifier chaque année que chacune des exigences relatives à la demande d'assistance financière est incluse dans les applications traitées par l'EIT.
2. Chaque hôpital UPH en Illinois utilisant une EIT dans la mise en œuvre des critères d'éligibilité présumée doit annuellement décrire l'EIT utilisée et la source de l'EIT au Bureau du procureur général de l'Illinois au moment du dépôt de son Rapport d'assistance financière de l'hôpital. L'hôpital doit certifier chaque année que chacune des exigences relatives aux critères d'éligibilité présumée est incluse dans les applications traitées par l'EIT.

Sources : Loi publique de l'Illinois 95 965 ; Loi publique de l'Illinois 94 885

ANNEXE C : MONTANTS GÉNÉRALEMENT FACTURÉS*(Mise à jour le 1/01/2024)*

	Montants généralement facturés (AGB) en pourcentage des frais	Remise AGB
UnityPoint Health Cedar Rapids – Jones Regional Medical Center	49%	51%
UnityPoint Health Cedar Rapids – St. Luke's Methodist Hospital	36%	64%
UnityPoint Health Des Moines – John Stoddard Cancer Center (Methodist)	29%	71%
UnityPoint Health Des Moines – Blank Children's Hospital (Methodist)	29%	71%
UnityPoint Health Des Moines – Grinnell Regional Medical Center	38%	62%
UnityPoint Health Des Moines – Iowa Lutheran Hospital	29%	71%
UnityPoint Health Des Moines – Iowa Methodist Medical Center	29%	71%
UnityPoint Health Des Moines – Methodist West Hospital	28%	72%
UnityPoint Health Dubuque – The Finley Hospital	36%	64%
UnityPoint Health Fort Dodge – Trinity Regional Medical Center	34%	66%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Bettendorf	37%	63%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Moline	35%	65%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Rock Island	32%	68%
UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Muscatine	38%	62%
UnityPoint Health Sioux City – St. Luke's Regional Medical Center	42%	58%
UnityPoint Health Waterloo – Allen Memorial Hospital Corporation	39%	61%
UnityPoint Health Waterloo – UnityPoint Health Marshalltown	40%	60%

ANNEXE D : Services et soins pris en charge par l'hôpital

(Mise à jour le 07/01/2023)

Les hôpitaux et organisations hospitalières de UnityPoint suivants sont pris en charge dans le cadre de la politique 1.BR.34, Assistance financière et établissements hospitaliers. En règle générale, les services reçus par les patients dans ces hôpitaux et ces organisations hospitalières sont pris en charge par la politique. Veuillez toutefois examiner la liste des hôpitaux ci-dessous afin de savoir quels services non pris en charge par la présente politique un patient peut recevoir dans un hôpital ou une organisation hospitalière spécifique. En outre, dans le cadre de la mission d'UPH, nous souhaitons nous assurer que nos hôpitaux et nos organisations hospitalières sont à la disposition de tous les prestataires de soins de santé dans nos communautés, qu'ils soient employés par UnityPoint Health ou non. Ces prestataires peuvent être des médecins, des infirmiers, des assistants médicaux, etc. Pour savoir quels prestataires sont pris en charge dans le cadre de la présente politique, la liste complète de prestataires de soins de santé dans le tableau ci-dessous indique si :

- (1) leurs services professionnels sont pris en charge dans le cadre de la présente politique 1.BR.34, Assistance financière et établissements hospitaliers ;
- (2) leurs services professionnels sont pris en charge dans le cadre de la politique 1.BR.34(a) séparée, Assistance financière et prestataires non hospitaliers d'UnityPoint Health ;
- (3) leurs services professionnels ne sont pris en charge par aucune politique d'assistance financière d'UnityPoint Health du fait qu'ils ne sont pas des employés d'UnityPoint Health.

UnityPoint Health Hospital	Services non pris en charge dans le cadre de la politique d'assistance financière (voir la liste des prestataires ci-dessous)
UnityPoint Health Cedar Rapids – St. Luke's/Jones Regional Medical Center	La partie des services fournis par les médecins et d'autres professionnels pour la radiologie/l'imagerie et les interventions chirurgicales ne sera pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d'assistance financière et fera l'objet d'une facture à part.

<p>UnityPoint Health Cedar Rapids – St. Luke’s Methodist Hospital</p>	<p>La partie des services fournie par les médecins et d’autres professionnels pour les soins au service des urgences, la pathologie, la radiologie, l’imagerie et l’anesthésiologie ne sera pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d’assistance financière et fera l’objet d’une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Des Moines – John Stoddard Cancer Center</p>	<p>La partie des services fournie par les médecins et d’autres professionnels pour la pathologie, la radiologie, l’imagerie et l’anesthésiologie n’est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d’assistance financière et fera l’objet d’une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Des Moines – Blank Children’s Hospital</p>	<p>La partie des services fournie par les médecins et d’autres professionnels pour la pathologie, la radiologie, l’imagerie et l’anesthésiologie n’est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d’assistance financière et fera l’objet d’une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Des Moines – Grinnell Regional Medical Center</p>	<p>La partie des services fournie par les médecins et d’autres professionnels pour l’ORL, la podologie, l’orthopédie et la radiologie/l’imagerie n’est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d’assistance financière et fera l’objet d’une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Des Moines – Iowa Lutheran Hospital</p>	<p>La partie des services fournie par les médecins et d’autres professionnels pour la pathologie, la radiologie, l’imagerie et l’anesthésiologie n’est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d’assistance financière et fera l’objet d’une facture à part.</p>

<p>UnityPoint Health Des Moines – Iowa Methodist Medical Center</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins et d'autres professionnels pour la pathologie, la radiologie, l'imagerie et l'anesthésiologie n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d'assistance financière et fera l'objet d'une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Des Moines – Methodist West Hospital</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins et d'autres professionnels pour la pathologie, la radiologie, l'imagerie et l'anesthésiologie n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d'assistance financière et fera l'objet d'une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Dubuque – The Finley Hospital</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins et d'autres professionnels pour la pathologie, la radiologie, l'imagerie et l'anesthésiologie n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d'assistance financière et fera l'objet d'une facture à part. Les montants facturés pour les interventions esthétiques non urgentes ne sont pas couverts par la politique d'aide financière.</p>
<p>UnityPoint Health Fort Dodge – Trinity Regional Medical Center</p>	<p>En général, la partie des services fournis par les médecins et d'autres professionnels pour la pathologie et la radiologie/l'imagerie n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d'assistance financière et fera l'objet d'une facture à part. Cependant, ils sont pris en charge lorsque UnityPoint s'occupe de la facturation des services indiqués ci-dessus.</p>

<p>UnityPoint Health Peoria – Greater Peoria Specialty Hospital</p>	<p>Aucun service n’est pris en charge dans le cadre de la présente politique d’assistance financière.</p>
<p>UnityPoint Health Peoria – Methodist Medical Center of Illinois</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins et d’autres professionnels pour la pathologie, la radiologie, l’imagerie et l’anesthésiologie n’est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d’assistance financière et fera l’objet d’une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Peoria – Pekin Memorial Hospital</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins et d’autres professionnels pour la pathologie, la radiologie, l’imagerie et l’anesthésiologie n’est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d’assistance financière et fera l’objet d’une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Peoria – Proctor Hospital</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins et d’autres professionnels pour la pathologie, la radiologie, l’imagerie et l’anesthésiologie n’est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d’assistance financière et fera l’objet d’une facture à part. Les services reçus à l’Illinois Institute for Addiction Recovery ne sont pas pris en charge dans le cadre de la présente politique d’assistance financière.</p>
<p>UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Bettendorf</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins et d’autres professionnels pour la pathologie, la radiologie, l’imagerie et l’anesthésiologie n’est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d’assistance financière et fera l’objet d’une facture à part.</p>

<p>UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Medical Center – Moline</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins/d'autres professionnels pour la pathologie, la radiologie/l'imagerie et l'anesthésiologie n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d'assistance financière et fera l'objet d'une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Quad Cities Trinity Medical Center – Rock Island</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins/d'autres professionnels pour la pathologie, la radiologie/l'imagerie et l'anesthésiologie n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d'assistance financière et fera l'objet d'une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Quad Cities – Trinity Muscatine</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins et d'autres professionnels pour la pathologie et la radiologie/l'imagerie n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d'assistance financière et fera l'objet d'une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Sioux City – St. Luke's Regional Medical Center</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins et d'autres professionnels pour la pathologie, la radiologie, l'imagerie et l'anesthésiologie n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d'assistance financière et fera l'objet d'une facture à part.</p>
<p>UnityPoint Health Waterloo – Allen Memorial Hospital Corporation</p>	<p>La partie des services fournis par les médecins et d'autres professionnels pour la pathologie n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d'assistance financière et fera l'objet d'une facture à part.</p>

UnityPoint Health Waterloo – UnityPoint Health – Marshalltown	La partie des services fournis par les médecins et d'autres professionnels pour la pathologie n'est pas prise en charge dans le cadre de la présente politique d'assistance financière et fera l'objet d'une facture à part.
---	--

LA LISTE SUIVANTE DE PRESTATAIRES DE SOINS DE SANTÉ EST MISE À JOUR TOUS LES TRIMESTRES