



OhioHealth

Rehabilitation Hospital

In partnership with Select Medical

Chapitre	Administration	Numéro de police	RH-AD-122-L	
Nom de la Police	<u>Politique d'aide financière (y compris soins de charité)</u>			
Date d'émission	02/23/2016	Date de révision	Approbation	PDG
		5/12/2020	5/12/2020	

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

Exigence réglementaire / références :

Cette politique est conforme à la section 501 (r) de l'Internal Revenue Code et connexe aux Règlements de Trésorerie.

Supervision et responsabilité :

Le directeur général de l'OhioHealth Rehabilitation Hospital est responsable de l'examen, de la révision, de la mise à jour et de rendre opérationnelle cette politique afin de maintenir la conformité avec les exigences réglementaires ou autres .

Il incombe à l'hôpital, au service et à la discipline de mettre en œuvre la politique.

Politique d'aide financière

La politique du Penn State Health Rehabilitation Hospital est de fournir des soins médicaux nécessaires aux patients sans distinction de race, croyances ou de capacité de payer. Les patients qui n'ont pas les moyens de payer pour les services fournis au Penn State Health Rehabilitation Hospital peuvent demander une aide financière, qui sera accordée sous réserve des conditions énoncées ci-dessous. Les Critères d'admissibilité à l'aide financière en vertu de la présente politique visent à assurer que l'OHRH disposera des ressources financières nécessaires pour prodiguer des soins aux patients qui en ont le plus besoin sur le plan financier.

I. Historique

A. L'OHRH fournit à la fois des services hospitaliers de réadaptation pour patients hospitalisés et des services ambulatoires qui sont exploités et gérés d'une manière généralement conforme aux exigences de la OhioHealth Foundation en vertu de l'article 501(c)(3) de l'Internal Revenue Code et des institutions caritatives en vertu de la loi de l'État.

B. OHRH s'engage à fournir des soins médicalement nécessaires. La politique du Penn State Health Rehabilitation Hospital est de fournir des soins médicaux nécessaires aux patients sans distinction de race, croyances ou de capacité de payer.

C. Les principaux bénéficiaires de la Politique d'aide financière sont les patients non assurés dont le revenu familial annuel ne dépasse pas le 100 % des lignes directrices fédérales sur le revenu de pauvreté publiées de temps à autre par le Ministère de la Santé et des Services sociaux des États Unis et en vigueur à la date du service pour l'octroi d'une aide financière en vertu de la présente politique). Une aide financière basée sur le revenu peut être disponible pour les patients non assurés et certains autres patients ayant un revenu familial annuel jusqu'à 250% du FPG pour les services hospitaliers et jusqu'à 400% du FPG pour les services ambulatoires. Les patients qui éprouvent des difficultés financières ou personnelles ou des circonstances médicales particulières peuvent également être admissibles à une aide. En aucun cas, un patient admissible à une aide financière en vertu de la présente politique ne sera facturé plus que les montants généralement facturés pour ces soins.

II. Définitions

Le « revenu familial annuel » comprend les salaires et rémunérations et les revenus non salariaux, y compris la pension alimentaire et la pension alimentaire pour enfants ; la sécurité sociale, le chômage, les prestations

d'indemnisation des accidents du travail, la pension, les intérêts ou les revenus locatifs de la famille.

« Demande » désigne le processus de demande en vertu de la présente politique, y compris (a) en remplissant la demande d'aide financière de l'OHRH en personne, ou par téléphone avec un représentant, ou (b) en envoyant par la poste ou en remettant une copie en papier dûment remplie de la Demande d'aide financière de l'OHRH à l'OHRH ou à un site de clinique externe de l'OHRH.

« CBO » désigne le Bureau central de facturation et de recouvrement.

« Patient hospitalisé de l'OHRH » désigne l'OhioHealth Rehabilitation Hospital situé au 1087 Dennison Avenue, Columbus, Ohio 43201.

« Consultations externes de l'OHRH » désigne les nombreuses cliniques de thérapie externe énumérées à l'annexe C.

« Famille » désigne le patient, son conjoint (quel que soit le lieu de résidence du conjoint) et tous les enfants naturels ou adoptifs du patient de moins de dix-huit ans qui vivent avec le patient. Si le patient a moins de 18 ans, la famille comprendra le patient, le (s) parent(s) naturel ou adoptif du patient (quel que soit le lieu de résidence des parents) et tous les enfants de moins de 18 ans (naturels ou adoptifs) qui vivent au domicile du patient.

« FPG » désigne les directives fédérales sur le revenu de la pauvreté publiées de temps à autre par le Département de la Santé et des Services Sociaux des États-Unis et en vigueur à la date du service.

« HCAP » est le programme d'assurance des soins hospitaliers de l'Ohio. HCAP est la version de l'Ohio du programme Disputed Share Hospital requis par le gouvernement fédéral. HCAP fournit un financement aux hôpitaux qui fournissent un partage disproportionné des services hospitaliers de niveau de base, médicalement nécessaires aux patients qualifiés.

Les « patients assurés » sont des personnes qui bénéficient d'une assurance maladie gouvernementale ou privée.

« Soins médicaux nécessaires » désigne les services, tels que définis par Medicare, qui sont raisonnables et nécessaires pour diagnostiquer et fournir un traitement préventif, palliatif, curatif ou réparateur pour des conditions physiques ou mentales, conformément aux normes de soins de santé professionnellement reconnues généralement acceptées au moment où les services sont fournis. Les soins médicaux nécessaires n'incluent pas les médicaments d'ordonnances ambulatoires.

« Politique » désigne la présente politique d'assistance financière telle qu'actuellement en vigueur.

« Résident » désigne une personne qui est un résident légal des États-Unis et qui a été un résident légal de l'État dans lequel les services médicaux sont demandés

pendant au moins six (6) mois au moment où les services sont fournis ou qui a autrement l'intention de rester dans l'État dans lequel les services médicaux sont demandés pendant au moins six (6) mois après que les services sont fournis.

Les « patients non assurés » sont des personnes physiques : (i) qui n'ont pas d'assurance maladie gouvernementale ou privée ; (ii) dont les prestations d'assurance ont été épuisées ; ou (iii) dont les indemnités d'assurance ne couvrent pas les soins médicaux nécessaires que le patient recherche.

III. Relation avec d'autres politiques

A. Politique de HCAP. Participants d'OHRH à HCAP. Tous les services HCAP sont régis par la politique HCAP de l'OHRH, et rien dans cette politique n'est destiné ou ne doit être interprété comme limitant l'aide à une personne admissible au HCAP en vertu du HCAP. HCAP ne couvre que les services hospitaliers de base médicalement nécessaires.

IV. Critères d'admissibilité à l'aide financière

Les patients qui répondent aux qualifications ci-dessous sont admissibles à l'aide décrite à la section VII de la présente politique.

Les patients qui souhaitent obtenir des soins et des patients hospitalisés ou ambulatoires de l'OHRH sont admissibles à une aide financière en vertu de la présente politique dans l'une des trois catégories d'admissibilité financière suivantes :

A. Aide financière basée sur le revenu -

- Patients non assurés dont le revenu familial annuel ne dépasse pas 250% du FPG pour les services hospitaliers et 400% du FPG pour les services ambulatoires,
- Qui recherchent des soins médicaux nécessaires pour les services hospitaliers, et
- Qui sont des résidents de l'Ohio.

B. Moyens supplémentaires de se qualifier pour une Aide - Un patient qui n'est pas admissible à une aide financière en vertu de la présente politique mais qui n'est pas en mesure de payer le coût des soins médicaux nécessaires peut demander de l'aide dans les circonstances suivantes :

1. Circonstances exceptionnelles - Les patients qui expliquent qu'ils subissent des difficultés personnelles ou financières extrêmes (y compris maladie terminale ou tout autre état médical catastrophique).
2. Circonstances médicales spéciales- Les patients qui cherchent un traitement qui ne peut être fourni que par le personnel médical de

l'OHRH ou qui bénéficieraient de services médicaux continus de l'OHRH pour la continuité des soins.

Les demandes d'assistance en raison de Circonstances exceptionnelles ou de Circonstances médicales spéciales seront évaluées au cas par cas.

- C. Criblage de Medicaid. Les patients non assurés qui cherchent des soins et OHRH peuvent être contactés par un représentant pour déterminer s'ils peuvent être admissibles à Medicaid. Les patients non assurés doivent coopérer avec le processus d'admission de Medicaid pour être admissible à une aide financière en vertu de la présente politique.

V. Méthode pour demander de l'aide

A. Aide financière basée sur le revenu.

- (i) Tout patient qui demande une aide financière basée sur le revenu à tout moment dans le processus de planification ou de facturation peut remplir la demande d'aide financière et sera invité à fournir des informations sur le revenu familial annuel pour la période de trois mois et de douze mois précédant immédiatement la date de révision d'admissibilité. Les services de vérification du revenu de tiers peuvent être utilisés comme preuve du revenu familial annuel. La demande d'aide financière se trouve dans nos sections Admissions, au verso de votre relevé imprimé ou auprès d'un gestionnaire de cas et de l'OHRH.
- (i) S'il y a une divergence entre deux sources d'information, un représentant de la OHRH de la Gestion des cas ou du Bureau d'affaires peut demander des renseignements supplémentaires pour appuyer le revenu familial annuel.

B. Circonstances exceptionnelles

Le personnel du Penn State Health Rehabilitation Hospital initiera un formulaire de demande pour tout patient identifié comme avoir encouru ou être en danger d'encourir un montant élevé de frais ou de déclarer des difficultés personnelles ou financières extrêmes. OHRH recueillera l'information sur les circonstances financières et les difficultés personnelles du patient. Les décisions sont prises par le gestionnaire du CBO de l'OHRH sous la direction du Directeur. Le patient sera informé de la décision finale.

C. Circonstances médicales spéciales

L'OHRH présentera une demande pour tout patient identifié au cours du processus de planification ou d'admission comme ayant des Circonstances médicales spéciales potentielles et un représentant demandera une recommandation du médecin de l'hospitalisé ou du thérapeute ambulatoire de l'OHRH qui fournit ou

fournirait le traitement ou les soins pour savoir si le patient a besoin d'un traitement qui ne peut être fourni que par le personnel médical ou thérapeutique de l'OHRH. ou bénéficierait de services médicaux ou de réadaptation continus de la part de l'OHRH pour assurer la continuité des soins. Les décisions sur les circonstances médicales spéciales sont prises par le médecin traitant. et / ou ; le Directeur médical. Le patient sera avisé par écrit s'il n'est pas admissible à une aide financière en raison de circonstances médicales particulières.

D. Demandes incomplètes ou manquantes.

Les patients seront informés des informations manquantes dans la demande et auront une possibilité raisonnable de les fournir. Si les renseignements manquants ne sont pas fournis, l'OHRH peut utiliser des bases de données de vérification du revenu de tiers pour remplir la demande d'aide financière.

VI. Processus de détermination de l'admissibilité

A. Entretien financier. Un représentant de l'OHRH du CBO tentera de contacter par téléphone tous les patients non assurés qui ne sont pas présumés admissibles à une aide financière au moment de la planification. Le représentant demandera des informations, y compris la dimension de la famille, les sources de revenu familial et toute autre circonstance financière ou atténuante qui soutiennent l'admissibilité en vertu de la présente politique et aide à remplir une demande. Au moment du rendez-vous ou de l'admission, les patients seront invités à rendre visite au représentant de l'OHRH et à signer la demande d'aide financière.

B. Demandes. Toutes les demandes d'aide financière, qu'elles soient remplies en personne, en ligne, livrées ou envoyées par la poste, seront transmises au représentant de l'OHRH pour évaluation et traitement.

C. Détermination de l'admissibilité. Un représentant de l'OHRH du CBO évaluera et traitera toutes les demandes d'aide financière. Le patient sera informé par lettre de la détermination de l'admissibilité. Les patients qui ont droit à une aide financière inférieure à 100 % recevront une lettre avec le pourcentage de couverture indiqué.

VII. Base de calcul des montants facturés aux patients, étendue et durée de l'aide financière

Les patients admissibles à une aide financière fondée sur le revenu en vertu de la politique recevront une aide selon les critères de revenu suivants :

- Si votre revenu familial annuel est jusqu'à 100% du FPG pour les services aux patients hospitalisés ou 150% du FPG pour les services aux patients externes, vous recevrez des soins gratuits.
- Si votre revenu familial annuel se situe entre 101% et 250% du FPG, vous recevrez des soins réduits des frais bruts au « montant généralement facturé » (AGB) aux patients assurés pour les services aux patients hospitalisés de l'OHRH.
- Si votre revenu familial annuel se situe entre 151% et 400% du FPG, vous recevrez des soins déduits des frais bruts au « montant généralement facturé » (AGB) aux patients assurés pour les services ambulatoires OHRH. Voir l'annexe D.
- Remise = 100 % - 57 %

Le patient hospitalisé et ambulatoire d'OHRH a choisi d'utiliser la méthode de retour en arrière dans laquelle le « montant généralement facturé » (AGB) est basé sur les frais bruts de paiement par service Medicare comme indiqué dans l'Internal Revenue

Code (IRC) §501 (r) (5) et toute réglementation ou autre orientation publiée par le Département du Trésor des États-Unis ou l'Internal Revenue Service définissant ce terme. OHRH, selon des règlements applicables, peut changer à la méthodologie pour calculer l'AGB à l'avenir.

Une fois que le Penn State Health Rehabilitation Hospital a déterminé qu'un patient est admissible à une aide financière basée sur le revenu, cette détermination est valide pendant quatre-vingt-dix (90) jours à compter de la date d'examen de l'admissibilité. Après quatre-vingt-dix (90) jours, le patient peut remplir une nouvelle demande pour demander une aide financière supplémentaire.

Pour les patients qui ont été approuvés pour une assistance avec un solde catastrophique, la totalité du solde sera couverte.

Pour les patients qui ont été approuvés pour l'assistance en vertu de Circonstances médicales spéciales ou exceptionnelles, le patient sera couvert en vertu de la présente politique pour 100% des frais impayés et pour les frais pour tous les soins médicalement nécessaires fournis pendant la période nécessaire pour compléter le traitement ou les soins qui peuvent être déterminés par le médecin traitant OHRH. Un patient dont la situation financière a changé peut demander à être réévalué à tout moment.

VIII. Détermination de l'admissibilité à l'aide financière avant l'action en cas de non-paiement

A. Facturation et efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité à l'aide financière. Le SSM Rehabilitation Network cherche à déterminer si un patient est admissible à une aide en vertu de cette politique avant ou au moment de l'admission ou du service. Si un patient n'a pas été jugé admissible à une aide financière avant sa sortie ou son service, le SSM Rehabilitation Network lui facturera les soins. Si le patient est assuré, SSM Rehabilitation Network facturera à l'assureur du patient enregistré les frais encourus. Sur décision de l'assureur du patient, toute responsabilité restante du patient sera facturée directement au patient. Si le patient n'est pas assuré, le SSM Rehabilitation Network facturera au patient directement les frais engagés. Les patients recevront jusqu'à quatre relevés de facturation sur une période de 120 jours à compter de la date de sortie du patient, livrés à l'adresse enregistrée pour le patient. Seulement les patients dont le solde est impayé recevront un relevé de facturation. Les relevés de facturation comprennent un résumé en langage clair de cette politique et comment demander une aide financière. Les efforts raisonnables pour déterminer l'admissibilité comprennent : Notification au patient de la politique lors de l'admission et dans les communications écrites et orales avec le patient concernant la facture du patient, un effort pour informer la personne par téléphone de la politique et du processus de demande d'aide au moins 30 jours avant d'initier toute action en justice et une réponse écrite à toute demande d'aide financière en vertu de la présente politique soumise dans les 240 jours suivant le premier relevé de facturation concernant le solde impayé ou, le cas échéant, la date à laquelle une agence de recouvrement travaillant pour le compte de SSM Rehabilitation Network restitue le solde impayé à

l'hôpital.

B. Actions de recouvrement pour les soldes impayés. Si un patient a un solde impayé après avoir reçu jusqu'à quatre relevés de facturation pendant une période de 120 jours, le solde du patient sera référé à une agence de recouvrement représentant SSM Rehabilitation Network qui poursuivra le paiement. L'OHRH et ses agences de recouvrement ne rendent pas compte aux bureaux de crédit et ne procèdent pas à des saisies de salaire ou à des actions de recouvrement similaires. Les agences de recouvrement représentant le SSM Rehabilitation Network ont la possibilité de poursuivre la collecte pendant un maximum de 18 mois à partir du moment où le solde a été envoyé à l'agence de recouvrement. Un patient peut demander une aide financière en vertu de cette politique même après que le solde impayé du patient est référé à une agence de recouvrement. Après qu'au moins 120 jours se sont écoulés depuis le premier relevé de facturation post-sortie indiquant les frais qui restent impayés, et au cas par cas, SSM Rehabilitation Network peut poursuivre le recouvrement par le biais d'un procès lorsqu'un patient a un solde impayé et ne veut pas coopérer avec les demandes d'informations ou de paiement du SSM Rehabilitation Network ou d'une agence de recouvrement travaillant pour leur compte.

En aucun cas, les soins médicaux nécessaires ne seront retardés ou refusés à un patient avant que des efforts raisonnables n'aient été faits pour déterminer si le patient peut bénéficier d'une aide financière. Au SSM Rehabilitation Network, un patient non assuré qui cherche à planifier de nouveaux services et qui n'a pas été présumé admissible à une aide financière, sera contacté par un représentant qui informera le patient de la politique et l'aidera à initier une demande d'aide financière à sa demande.

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

IX. Médecins non couverts par la Politique d'aide financière de l'OHRH .

Certains services sont couverts par les médecins OHRH et sont couverts par l'OhioHealth Rehabilitation Hospital FAP.

Les médecins travaillant à l'OHRH qui ne sont pas couverts par le FAP sont identifiés par leur nom dans l' **'Annexe B, Liste des fournisseurs** ci-jointe.

X. Mesures visant à faire connaître la politique d'aide financière de l'OHRH.

L'OHRH s'engage à faire largement connaître cette politique au sein des communautés desservies par l'OHRH. À cette fin, l'OHRH prendra les mesures suivantes pour s'assurer que les membres des communautés desservies par cet

établissement sont au courant de la politique et ont accès à la politique.

A. OHRH mettra une copie de sa politique actuelle à la disposition de la communauté en affichant un résumé en langage clair de la politique sur sa page Web ainsi qu'une copie téléchargeable de la demande d'aide financière et de la politique avec des instructions pour télécharger des copies. Il n'y a pas de frais pour télécharger une copie de la politique, du résumé en langage clair ou de la demande d'aide financière.

B. OHRH fournira un résumé en langage clair de la politique au moment de l'admission et sera disponible pour les patients et leurs familles, y compris un résumé en langage clair de la politique à fournir avec toutes les factures couvrant les montants facturés pour les services.

C. Les représentants du OHRH de la Gestion de cas ou du CBO mettront un résumé en langage clair de la Politique à la disposition de tous les patients avec lesquels ils se rencontrent et fourniront à toute personne qui en fait la demande une copie de la Politique.

D. L'OHRH inclura une description de la façon d'obtenir une copie de la Politique ou des renseignements à son sujet dans les rapports sur les avantages communautaires présentés à la communauté et à grande échelle.

E. OHRH mettra les informations concernant sa politique à la disposition des agences gouvernementales et organisations à but non lucratif traitant la santé publique dans les domaines de service d'OHRH.

ANNEXE B

Liste des
fournisseurs de
l'OHRH en vigueur
au 5/12/2020

Fournisseurs couverts par la Politique d'aide financière d'OHRH qui fournissent des soins médicalement nécessaires et

Médecins de phase post-aigüe
d'Ohio, PLLC Physical Medicine &
Associates MedOne, Inc.
Denison Medical Group, Inc.
Emal Sherzai, MD, Inc.

Fournisseurs non couverts par la Politique d'aide financière d'OHRH.

À l'exception de ce qui est mentionné ci-dessus, aucun autre médecin ou groupe de médecins ou autre fournisseur professionnel (comme les adjoints au médecin ou les cliniciens de pratique avancée) n'est couvert par la présente Politique d'aide financière.

ANNEXE C

Sites des cliniques externes
de l'OHRH en vigueur le
5/12/2020

(Voir la carte ci-jointe des cliniques)

ANNEXE D

Calendrier des soins ambulatoires à prix
réduit de l'OHRH en vigueur le 5/12/2020

% Lignes directrices fédérales sur la pauvreté	Escompte des frais OP
150%	100%
151 - 199%	90%
200%	75%
201 -- 300 %	55%
301 – 400%	35%