Advocate Health

Entrée en vigueur : 01/01/2025

Politique d'aide financière

Révision : 01/01/2026

Atrium Health, Aurora Health Care, Advocate Health Care et leurs entités affiliées (collectivement dénommées Advocate Health) s'engagent à veiller à la santé et au bien-être de l'ensemble de la patientèle, indépendamment de leurs capacités financières. Advocate Health s'engage à aider la patientèle éligible dans les communautés que nous desservons à obtenir une couverture via différents programmes et à accorder une aide financière aux personnes dans le besoin, conformément aux dispositions de la présente politique. Cette politique décrit les procédures, exigences et critères d'éligibilité applicables aux programmes d'aide financière proposés par Advocate Health.

Advocate Health propose un accompagnement pour l'accès à la couverture santé et une aide financière aux personnes éligibles, avec les objectifs suivants :

- Incarner la valeur fondamentale d'Advocate Health, à savoir « Prendre soin ».
- S'assurer que les patients ont épuisé toutes les autres possibilités de couverture avant de pouvoir bénéficier d'une aide financière.
- Fournir une aide financière en fonction de la capacité de paiement du patient.
- S'assurer qu'Advocate Health se conforme aux réglementations fédérales et/ou étatiques en vigueur en matière d'aide financière.
- Mettre en place des processus qui minimisent la charge administrative pesant sur la patientèle et dont la gestion est peu coûteuse.

Advocate Health fournira en toutes circonstances des soins d'urgence, indépendamment de la capacité de paiement de la patientèle, conformément aux réglementations fédérales EMTALA.

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

- Une entité d'Advocate Aurora Health, Inc. ou un Prestataire agréé qui a été mis à disposition par un hôpital Aurora Health Care du Wisconsin.
- Un professionnel de santé employé par Aurora Health Care dans le Wisconsin.
- Un Prestataire agréé situé dans le Wisconsin.
- Un hôpital Advocate Health situé dans l'Illinois.
- Un professionnel de santé employé par Advocate Health dans l'Illinois ou un Prestataire agréé situé dans l'Illinois.
- Un établissement Atrium Health ou le groupe médical Atrium Health.

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

Atrium Health : https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance
Advocate Health Care : http://www.advocatehealth.com/financialassistance
Aurora Health Care : http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance

Résident(e)s de Caroline du Nord : veuillez vous reporter à l'Annexe A ainsi qu'à la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord (Atrium Health NC Debt Mitigation Policy). L'Annexe A et la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord prévalent sur la présente politique pour les

résident(e)s de Caroline du Nord dans le cadre des objectifs de l'initiative NC Medical Debt Mitigation (Limitation de la dette médicale en Caroline du Nord).

Définitions

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

Montants généralement facturés (AGB): ce terme désigne les montants généralement facturés pour les soins d'urgence ou autres soins « médicalement nécessaires » aux personnes bénéficiant d'une assurance couvrant lesdits soins. Les personnes éligibles à une aide financière ne se verront jamais facturer plus que les montants généralement facturés à un patient assuré. Les AGB sont calculés chaque année selon la méthode rétrospective (*look-back method*), en faisant la moyenne des montants autorisés par Medicare et par l'ensemble des assureurs privés externes pour les services hospitaliers médicalement nécessaires facturés sur une période de 12 mois. Les informations relatives au calcul des AGB peuvent être obtenues en consultant la Politique de facturation et de recouvrement d'Advocate Health disponible en ligne sur le site d'Advocate Health, ou en contactant le service clientèle au 1-800-326-2250 (pour les établissements et prestataires de soins de santé Aurora du Wisconsin), au 847-795-2300 (pour les établissements et prestataires Advocate Health de l'Illinois), ou encore au 704-512-7171 (pour les établissements et prestataires Atrium Health).

Facultatif : services qui, de l'avis du prestataire prescripteur, ne sont pas nécessaires, sont d'ordre esthétique ou peuvent être reportés sans danger.

Patient(e) éligible : un ou une patient(e) répondant aux critères d'éligibilité à l'aide financière définis dans la présente politique.

Soins d'urgence : soins immédiatement nécessaires, de l'avis d'un prestataire, pour éviter de compromettre sérieusement la santé du patient, d'entraîner une grave altération des fonctions corporelles ou un grave dysfonctionnement des organes ou des parties du corps.

EMTALA : Advocate Health doit fournir sans discrimination des soins médicaux d'urgence aux personnes, qu'elles soient en mesure de payer ces soins ou qu'elles soient éligibles au titre de la présente politique. Lesdits soins seront fournis conformément à la Federal Emergency Medical Treatment and Labor Act (EMTALA, Loi fédérale sur les soins médicaux d'urgence et le travail), section 1867 du Social Security Act (Loi sur la sécurité sociale, 42 U.S.C. 1395dd).

Directives fédérales en matière de pauvreté (FPG) :: seuils de revenus des ménages applicables, établis périodiquement dans le Federal Register par le Département américain de la Santé et des Services sociaux, en vertu de l'article 42 U.S.C. §9902(2).

Conseillers/Accompagnateurs financiers : membres de l'équipe Advocate Health qui aident les patients assurés ou non assurés en examinant leur situation financière actuelle afin de déterminer les programmes de couverture et d'aide financière disponibles, en aidant ces patients à s'inscrire aux programmes disponibles, en les informant sur le coût des soins et en les aidant à gérer l'ensemble de leurs responsabilités financières.

Score d'aide financière (Score FAS) : informations fournies par des prestataires externes afin de proposer un mécanisme proactif, cohérent et automatisé permettant d'évaluer le profil financier d'un patient.

Normes médicales généralement admises : normes étayées par des preuves scientifiques crédibles publiées dans des revues médicales à comité de lecture, et généralement reconnues par la communauté médicale concernée. Cela inclut les recommandations des sociétés de spécialité médicale, les avis des médecins exerçant dans le domaine clinique concerné et tout autre facteur pertinent.

Ménage : le ou la patient(e) et toute personne (conjoint(e), enfants ou autres personnes à charge) qui pourrait être incluse dans une déclaration de revenus fédérale, que le patient remplisse ou non une déclaration de revenus.

Revenu financier du ménage : la somme de toutes les sources de revenus perçues au cours d'une période de 12 mois par les membres du ménage, y compris, mais sans s'y limiter :

- Revenus annuels du ménage avant impôts
- Indemnités de chômage
- Indemnités pour accident du travail
- Sécurité sociale et Revenu supplémentaire de sécurité
- Indemnités versées aux anciens combattants
- Pensions ou revenus de retraite
- Autres revenus pertinents, notamment les loyers, les pensions alimentaires, les allocations familiales et tout autre revenu divers, quelle qu'en soit la source.

Assurés : patients assurés et couverts par un tiers assureur.

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

Nécessité médicale : services de santé qu'un prestataire fournit à un patient en se basant sur un jugement clinique prudent, dans le but d'évaluer, de diagnostiquer ou de traiter une maladie, une blessure, une affection ou leurs symptômes. Lesdits services sont conformes aux normes médicales en vigueur et/ou cliniquement appropriés quant au type, à la fréquence, à l'étendue, au lieu et à la durée, et réputés efficaces dans le traitement de la maladie, de la blessure ou de l'affection du patient.

Autres options de couverture : options pouvant donner lieu à un paiement par un tiers sur le(s) compte(s) dans le cadre d'un accompagnement pour l'accès à la couverture santé et d'une aide financière, y compris, mais sans s'y limiter : Indemnisation des accidents du travail, régimes gouvernementaux (notamment Medicare et Medicaid), régimes d'agences étatiques ou fédérales, aide aux victimes, ou encore responsabilité civile au tiers du fait d'un accident automobile ou autre.

Prestataire agréé : prestataires de soins de santé indépendants qui ont accepté de se conformer à la présente Politique en ce qui concerne les services facturables fournis dans les hôpitaux Advocate Health. Il est possible de contacter directement les prestataires pour savoir s'il rentrent dans la définition d'un Prestataire agréé.

Résumé en langage clair (RLC) : résumé de la présente Politique dans une forme simplifiée facilitant la compréhension des critères d'éligibilité et des démarches à faire pour solliciter une aide financière.

Éligibilité présumée : décision d'éligibilité à l'aide financière, prise dans le respect des lois et réglementations étatiques, fondée sur des critères précis attestant d'un besoin financier chez un patient non assuré, sans dépôt d'une Demande formelle d'aide financière.

Assureurs externes : toute entité garantissant le paiement au nom d'un patient, y compris les compagnies d'assurance, les régimes d'indemnisation des accidents du travail, les plans gouvernementaux tels que Medicare et Medicaid, les plans des agences fédérales/d'État, l'aide aux victimes ou la responsabilité civile au tiers du fait d'un accident automobile ou autre. Les Régimes de partage des frais médicaux, y compris, mais sans s'y limiter, MediShare, ne sont pas considérés comme des assureurs externes.

Solde à la charge du patient : la part de la facture qui est légalement à la charge du patient ou de son garant, une fois les éventuelles remises déduites.

Patient non assuré : patient(e) qui ne bénéficie d'aucune couverture (totale ou partielle) auprès d'un assureur externe et qui n'est pas bénéficiaire d'une assurance maladie (publique ou privée), ou d'un autre régime de couverture santé (y compris, sans s'y limiter, une assurance privée, Medicare, Medicaid ou l'aide aux victimes d'actes criminels) et dont la blessure n'est pas indemnisable au titre de l'indemnisation des accidents du travail, de l'assurance automobile, de la responsabilité civile au tiers ou d'une autre assurance tierce, tel que déterminé

par Advocate Health sur la base des documents et informations fournis par le patient ou obtenus auprès d'autres sources, pour le paiement des services de soins de santé fournis par Advocate Health.

Patients non assurés

Les patients non assurés feront l'objet d'un examen de leur éligibilité à l'aide financière, soit par le biais d'un processus automatisé, soit dans le cadre du processus d'accompagnement pour l'accès à la couverture santé mené par les membres de l'équipe Advocate Health chargés de l'accompagnement financier et/ou du conseil financier. Avant de déterminer l'éligibilité à l'aide financière, les Conseillers/Accompagnateurs financiers d'Advocate Health examineront le dossier des patients non assurés sollicitant une aide, pour déterminer si d'autres options de couverture de santé sont envisageables ou non.

Processus d'accompagnement pour l'accès à la couverture santé

- Les patients non assurés admis à l'hôpital ou bénéficiant de services ambulatoires entraînant un solde important feront l'objet d'un entretien avec les membres de l'équipe Advocate Health chargés de l'accompagnement financier et/ou du conseil financier. L'entretien en question permet de recueillir les informations nécessaires pour évaluer l'éligibilité du patient à certaines options de couverture santé (par exemple, Medicaid) ainsi que les informations nécessaires pour déterminer son éligibilité à une aide financière.
- Si les patients non assurés ne passent pas d'entretien avant leur sortie, les Conseillers/Accompagnateurs financiers d'Advocate Health tenteront de les contacter afin de recueillir les informations nécessaires pour mener à bien l'entretien.
  Les patients peuvent également demander un entretien eux-mêmes en appelant le numéro indiqué dans la correspondance de l'équipe de conseillers/accompagnateurs financiers, en appelant le service clientèle ou en téléchargeant un formulaire de demande et en l'envoyant par courrier à l'équipe de conseillers/accompagnateurs financiers.
- Si le processus d'accompagnement pour l'accès à la couverture santé révèle que le patient a de fortes chances d'être éligible à d'autres options de couverture santé (par exemple, Medicaid), le patient devra explorer lesdites options avant de pouvoir bénéficier de l'aide financière d'Advocate Health, avec l'aide de l'équipe d'aide financière.[1]
- **Si le patient coopère pleinement tout au long du processus de recherche d'options de couverture santé**, mais que son éligibilité à cette couverture est ensuite jugée improbable ou refusée pour des raisons autres que la non-conformité, Advocate Health déterminera alors l'éligibilité du patient à une aide financière.
- **Les patients non assurés qui ne coopèrent pas pleinement au processus d'accompagnement pour l'accès à la couverture santé seront considérés comme non éligibles à l'aide financière**. Par « coopérer », nous entendons notamment une collaboration totale avec l'équipe de conseillers/accompagnateurs financiers et les agences étatiques ou fédérales tout au long du processus de demande de Medicaid ou d'autres options de couverture santé.
- Les patients jugés inéligibles à une aide financière en raison d'un manque de coopération dans le cadre du processus d'accompagnement pour l'accès à la couverture santé peuvent contacter le service clientèle pour aborder les différentes options de paiement.

[1]Résident(e)s de Caroline du Nord : veuillez vous référer à l'Annexe A et à la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord (Atrium Health NC Debt Mitigation Policy). l'Annexe A et la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord prévalent sur la présente Politique pour les résident(e)s de Caroline du Nord dans le cadre des objectifs de l'initiative NC Medical Debt Mitigation (Limitation de la dette médicale en Caroline du Nord).

Accompagnement pour l'accès à la couverture santé : critères d'éligibilité à l'aide financière

- Les patients non assurés résidant dans l'Illinois, le Wisconsin[1], la Caroline du Nord, la Caroline du Sud, la Géorgie ou l'Alabama.
- Les patients non assurés bénéficiant de services médicaux non facultatifs et nécessaires dans un établissement Advocate Health ou auprès d'un Prestataire agréé d'Advocate Health.
- Les patients non assurés qui coopèrent pleinement au processus de détermination et de recherche d'autres options de couverture santé (par exemple, Medicaid)[2].
- Les patients non assurés qui ne sont pas éligibles à toutes les autres options de couverture santé pour le ou les comptes en cours d'examen.
- L'éligibilité sera déterminée en comparant le revenu total du ménage du patient aux seuils fixés par les Directives fédérales en matière de pauvreté (FPG) en vigueur au moment de l'examen.
- Les patients non assurés qui répondent à tous les critères ci-dessus et dont le revenu du ménage se situe entre 0 % et 300 % des seuils fixés par les Directives fédérales en matière de pauvreté (FPG) sont éligibles à une aide financière à 100 %.
- Patients d'Atrium Health : les patient(e)s non assuré(e)s qui répondent à tous les critères ci-dessus et dont le revenu du ménage se situe entre 301 % et 400 % des seuils fixés par les Directives fédérales en matière de pauvreté (FPG) sont éligibles à une aide financière de 75 % sur le montant total brut des frais médicaux.
- Patients de l'Illinois UNIQUEMENT : les patients non assurés qui répondent à tous les critères ci-dessus et dont le revenu familial se situe entre 301 % et 600 % des seuils fixés par les Directives fédérales en matière de pauvreté (FPG) peuvent bénéficier d'une aide financière conformément aux exigences réglementaires de l'État de l'Illinois (HUPDA[3]).

[1]Patients non assurés résidant dans la région du Michigan à proximité des établissements Advocate Health ou des Prestataires agréés Advocate Health.

[2] Résident(e)s de Caroline du Nord : veuillez vous reporter à l'Annexe A ainsi qu'à la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord (Atrium Health NC Debt Mitigation Policy). l'Annexe A et la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord prévalent sur la présente Politique pour les résident(e)s de Caroline du Nord dans le cadre des objectifs de l'initiative NC Medical Debt Mitigation (Limitation de la dette médicale en Caroline du Nord).

[3] Conformément à la Loi de l'Illinois sur les réductions accordées aux patients non assurés (210 ILCS 89/1) (HUPDA) en vigueur depuis le 1er avril 2009, l'éligibilité à l'aide financière pour les patients dont le revenu familial est compris entre 4 et 6 fois les seuils des FPG se limite aux patients résidant dans l'Illinois et dont les frais sont médicalement nécessaires. Advocate Health a comparé les réductions calculées sur la base de 135 % du ratio coût/facturation de l'hôpital aux montants généralement facturés (AGB), puis a appliqué aux patients les réductions les plus avantageuses. Conformément à la HUPDA, le montant facturé à un patient sera plafonné à 20 % de son revenu annuel brut, s'il ou elle informe Advocate Health d'une aide financière préalablement approuvée au cours des 12 derniers mois.

Barème d'aide financière (BAF)

Les patients non assurés dont les soldes dus au titre de soins ambulatoires sont inférieurs à un certain montant seront automatiquement évalués pour bénéficier d'une aide financière à l'aide d'outils informatiques externes.

- Le processus externalisé de sélection identifie les patients qui répondent aux critères d'aide financière à 100 % tels que décrits dans la présente politique.
- Les patients ne sont pas tenus de remplir une demande pour les services évalués dans le cadre du processus BAF.

Éligibilité BAF

- Les patients non assurés qui résident dans l'Illinois, le Wisconsin, la Caroline du Nord, la Caroline du Sud, la Géorgie ou l'Alabama.
- Les patients non assurés qui reçoivent des services ambulatoires non facultatifs et médicalement nécessaires dans un établissement Advocate Health ou auprès d'un Prestataire agréé d'Advocate Health.
- Les patients non assurés qui coopèrent pleinement au processus de détermination et de recherche d'autres options de couverture santé (par exemple, Medicaid).[1]
- Les patients non assurés qui ne sont pas éligibles à toutes les autres options de couverture santé pour le ou les comptes en cours d'examen.
- Les patients non assurés qui répondent à tous les critères ci-dessus et dont le revenu familial se situe entre 0 % et 300 % des seuils fixés par Directives fédérales en matière de pauvreté (FPG).

[1]Résident(e)s de Caroline du Nord : veuillez vous référer à l'Annexe A et à la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord (Atrium Health NC Debt Mitigation Policy). L'Annexe A et la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord prévalent sur la présente politique pour les résident(e)s de Caroline du Nord dans le cadre des objectifs de l'initiative NC Medical Debt Mitigation (Limitation de la dette médicale en Caroline du Nord).

Processus BAF

- L'éligibilité à l'aide financière automatisée dépend du compte.
- Les informations utilisées pour déterminer l'éligibilité sont obtenues auprès d'un fournisseur tiers pour les comptes ambulatoires non assurés.
- L'éligibilité est déterminée sur la base des informations fournies par ledit fournisseur tiers indiquant la probabilité que les revenus du patient répondent aux critères FPG pour bénéficier d'une aide financière à 100 %.
- Les comptes peuvent être étudiés afin de déterminer s'ils sont éligibles au Medicaid ou autres couvertures santé avant d'accorder une aide financière.
- Les comptes qui remplissent les conditions requises dans le cadre du processus BAF bénéficieront d'une aide financière à 100 %.
- Les patients qui ne sont pas éligibles à l'aide financière dans le cadre du processus BAF pour les services hospitaliers recevront une lettre de refus contenant des informations sur la manière de demander un réexamen de dossier.
- Les patients non assurés qui ne sont pas éligibles à l'aide financière dans le cadre du processus BAF peuvent soumettre une demande d'aide financière pour réexamen. L'admissibilité à l'aide financière dépendra de la coopération totale du patient tout au long du processus de demande de Medicaid ou autres couvertures santé.[1]

[1]Résident(e)s de Caroline du Nord : veuillez vous référer à l'Annexe A et à la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord (Atrium Health NC Debt Mitigation Policy). L'Annexe A et la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord prévalent sur la présente politique pour les résident(e)s de Caroline du Nord dans le cadre des objectifs de l'initiative NC Medical Debt Mitigation (Limitation de la dette médicale en Caroline du Nord).

Patients assurés

L'aide financière pour les patients assurés est disponible dès réception de la facture. Les patients peuvent lancer la démarche en remplissant une demande par courrier ou en appelant le service clientèle pour solliciter une aide financière.

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

- Les patients assurés qui résident dans l'Illinois, le Wisconsin, la Caroline du Nord, la Caroline du Sud, la Géorgie ou l'Alabama.
- Les patients assurés bénéficiant de services non facultatifs et médicalement nécessaires dans un établissement Advocate Health ou auprès d'un Prestataire agréé d'Advocate Health.
- Les patients assurés qui font partie du réseau[1] sur la base du régime d'assurance tiers du patient dans un établissement Advocate Health ou auprès d'un prestataire Advocate Health (ou d'un Prestataire agréé), à l'exception des services reçus dans un service d'urgence Advocate Health.
- Les patients assurés dont les demandes de remboursement ont été entièrement traitées et qui doivent payer eux-mêmes le solde dû.
- Les patients assurés qui ont pleinement coopéré avec l'assureur externe pour régler toute question éventuelle concernant le paiement (notamment la coordination des questions relatives aux prestations, les informations sur les accidents, etc.)
- Les patients assurés qui coopèrent pleinement lors de la recherche d'options de couverture santé alternatives.[2]
- Les patients assurés qui sont jugés inéligibles à toutes les autres options de couverture santé alternatives pour le ou les comptes examinés.
- Les patients assurés qui répondent à tous les critères ci-dessus et dont le revenu familial se situe entre 0 % et 300 % des seuils fixés par les Directives fédérales en matière de pauvreté (FPG) bénéficieront d'une aide financière couvrant 100 % du solde à leur charge en cours d'examen.

[1] Conformément aux objectifs de l'Initiative NC Medical Debt Mitigation (Limitation de la dette médicale en Caroline du Nord), les patients assurés qui résident en Caroline du Nord et qui bénéficient de services dans un hôpital Atrium Health de Caroline du Nord peuvent être éligibles, quel que soit le statut de leur régime d'assurance.

[2] Résident(e)s de Caroline du Nord : veuillez vous référer à l'Annexe A et à la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord (Atrium Health NC Debt Mitigation Policy). L'Annexe A et la Politique de limitation de la dette d'Atrium Health en Caroline du Nord prévalent sur la présente politique pour les résident(e)s de Caroline du Nord dans le cadre des objectifs de l'initiative NC Medical Debt Mitigation (Limitation de la dette médicale en Caroline du Nord).

Services éligibles à l'aide financière

- Les services éligibles à l'aide financière comprennent les services d'urgence et « médicalement nécessaires » reçus dans un hôpital ou un cabinet médical d'Atrium Health, d'Aurora Health Care ou d'Advocate Health Care (collectivement dénommés « Advocate Health »).
- La chirurgie esthétique n'est jamais éligible à l'aide financière.

Éligibilité à l'aide financière pour les patients non assurés et assurés

- Les Conseillers/Accompagnateurs financiers s'efforcent de mener des entretiens avec les patients non assurés afin de recueillir les informations nécessaires pour évaluer leur éligibilité aux plans de couverture santé (comme Medicaid) ainsi que les informations nécessaires pour déterminer leur éligibilité à l'aide financière. Les patients qui n'ont pas suivi d'entretien peuvent également demander un entretien eux-mêmes en appelant le numéro indiqué dans la correspondance de l'équipe de Conseillers/Accompagnateurs financiers, en appelant le service clientèle ou en téléchargeant un formulaire de demande et en l'envoyant par courrier à l'équipe de Conseillers/Accompagnateurs financiers.

- Les patients assurés[1] peuvent déposer une demande suite à la réception d'une facture médicale, en appelant le service clientèle ou en téléchargeant un formulaire de demande et en l'envoyant par courrier à l'équipe de Conseillers/Accompagnateurs financiers.
- En plus des informations obtenues auprès du patient, celles provenant de sources tierces peuvent être utilisées pour déterminer l'éligibilité d'un patient à une aide financière, notamment :
  - Le revenu estimé du ménage au regard des critères FPG.
  - Les sites, pages et/ou bases de données gouvernementales fournissant des informations sur les dispositifs d'accompagnement à l'accès aux couvertures santé.
  - Les outils permettant de rechercher et de vérifier l'éligibilité à la couverture d'assurance maladie, au Medicaid et à l'aide publique.
  - Les éventuelles informations provenant de sources tierces qui seront utilisées pour valider les informations fournies par le patient lors de l'entretien et/ou sur le formulaire de demande d'aide financière. En cas de divergence entre les informations provenant de sources tierces et celles fournies par le patient, celui-ci pourra être prié de fournir des documents supplémentaires, notamment :
  - Ses dernières déclarations fiscales en date, les formulaires W-2, les justificatifs d'impôt sur le revenu, les bulletins de salaire, les attestations de chômage ou des lettres attestant d'un soutien financier (en l'absence de revenus). Si le patient compte plusieurs personnes au sein de son foyer, chacune peut justifier de sa situation financière en utilisant ces mêmes modes de vérification.
  - Le patient peut prouver sa résidence dans l'État en présentant deux (2) des pièces d'identité valides suivantes indiquant la même adresse : Permis de conduire officiel (ou autre carte d'identité avec photo, telle qu'une carte étudiant ou une carte militaire), factures nominative (gaz, électricité, eau), relevés bancaires, immatriculations de véhicules ou tout autre courrier reçu d'une entité gouvernementale avec la date et l'adresse actuelles y figurant explicitement.
  - Les états financiers, les justificatifs de revenus et les documents des fournisseurs tiers seront conservés par Advocate Health pendant une période de 10 ans ou conformément à la loi en vigueur. La falsification d'informations financières (y compris la dissimulation d'informations) donnera lieu au refus de l'aide financière.
- Le patient sera informé de la décision relative à son éligibilité à l'aide financière par courrier, verbalement ou en personne, selon les cas.
- Si un patient est déclaré éligible à l'aide financière, les paiements effectués pour les services éligibles avant que le patient ne fasse la demande d'aide financière seront réexaminés afin de déterminer si le patient a droit à un remboursement rétroactif.
- Les patients déclarés inéligibles à l'aide financière peuvent appeler le service clientèle afin d'établir un plan de paiement pour régler le solde impayé. Les Soldes à la charge du patient sont soumis à la Politique de facturation et de recouvrement d'Advocate Health.

[1] Conformément aux objectifs de l'Initiative NC Medical Debt Mitigation (Limitation de la dette médicale en Caroline du Nord), les résidents de Caroline du Nord qui sont inscrits à Medicaid et qui reçoivent des services dans un hôpital North Carolina Atrium Health auront droit à une aide financière couvrant 100 % de tous les frais médicaux impayés remontant au 01/01/2014. Cela inclut toutes les dettes faisant l'objet d'un plan de paiement préalablement convenu avec le patient. Cela inclut toutes les dettes faisant l'objet d'un échéancier de paiement préalablement convenu avec le patient.

Détermination de l'éligibilité présumée

Une détermination de l'éligibilité présumée peut être effectuée conformément aux lois et réglementations de l'État concerné. Les patients qui remplissent les conditions requises dans le cadre de certains programmes d'aide fédéraux et étatiques ou répondent à d'autres critères basés ou non sur les revenus peuvent être considérés comme « présumés éligibles » à une prise en charge à 100 % au titre de l'aide financière, sans

nécessité de déposer une demande. **Les informations sur le processus et les États participants sont répertoriées dans l'annexe A.**

Période d'éligibilité

- Non assurés : L'aide financière sera appliquée rétroactivement pour tous les soldes ouverts à la charge du patient, et prospectivement pour une période maximale de 180 jours.
  - Les services futurs fournis au cours de cette période de 180 jours pourront faire l'objet d'un examen en vue d'une éventuelle éligibilité au Medicaid ou à d'autres options de couverture santé. Pour conserver leur éligibilité à l'aide financière pendant toute la durée de la période de 180 jours (et dans le cas où ils seraient jugés non éligibles à une autre couverture santé), les patients sont tenus de coopérer pleinement dans le cadre du processus d'accompagnement pour l'accès à la couverture santé.
  - En cas de changement de situation au cours de la période d'éligibilité, le patient est tenu de coopérer dans le cadre du processus d'accompagnement pour l'accès à la couverture santé afin de maintenir son éligibilité à l'aide financière.
  - Le patient doit informer Advocate Health de tout changement substantiel de sa situation financière survenant au cours de la période de 180 jours suivant l'approbation, susceptible d'avoir une incidence sur son statut d'éligibilité. Cette information doit être communiquée dans un délai de trente (30) jours à compter dudit changement. À défaut, toute aide financière accordée par Advocate Health après cette date pourra être annulée.

- Assurés : L'aide financière sera effective pour les soldes restants éligibles après paiement par tous les tiers. Les patients doivent présenter une nouvelle demande d'aide financière pour tout soin d'urgence et « médicalement nécessaire » qui pourrait survenir.

Fraudes

Advocate Health se réserve le droit d'annuler les ajustements d'aide financière accordés en vertu de la présente politique si les informations fournies par le patient au cours du processus de collecte d'informations s'avèrent inexactes, ou si Advocate Health apprend que le patient a perçu une compensation pour les services médicaux de la part d'autres sources non déclarées à Advocate Health.

Demandes d'aide financière

Les demandes d'aide financière concernent :

- Les patients non assurés qui n'ont pas suivi un entretien proactif avec un Conseiller/Accompagnateur financier.
- Les patients non assurés qui se sont vu refuser une aide financière dans le cadre du processus de Barème d'aide financière (BAF) et qui souhaitent que leur éligibilité à l'aide financière soit réexaminée.
- Les patients assurés qui demandent un réexamen de leur aide financière après avoir reçu une facture.

Comment faire une demande :

- Atrium Health
  - En ligne via un téléphone, une tablette ou un ordinateur, en suivant le lien disponible sur la page d'aide financière du site d'Atrium Health ou en vous rendant sur https://ola.veritysource.com/atrium.
  - Téléchargez un formulaire de demande d'aide financière en vous rendant sur https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance et envoyez-le par courrier à l'adresse suivante :

Atrium Health Business Office
ATTN: Accompagnement pour l'accès à la couverture santé
P.O. Box 32861
Charlotte, NC 28232-2861
- Appelez le 704-512-7171 ou le 1-844-440-6536

- Illinois – Advocate Health Care
  - Veuillez télécharger le formulaire de demande d'aide financière sur le site http://www.advocatehealth.com/financialassistance et l'envoyer par courrier à l'adresse suivante :
    Advocate Health Care Financial Advocates
    P.O. Box 3039
    Oak Brook, IL 60522-9908
  - Appelez le 847-795-2300

- Wisconsin – Aurora Health Care
  - Téléchargez un formulaire de demande d'aide financière en vous rendant sur http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance et envoyez-le par courrier à l'adresse suivante :
    Aurora Health Care Financial Advocates
    P.O. Box 909996
    Milwaukee, WI 53209-0996
  - Appelez le 1-800-326-2250

Pour déposer un dossier de demande d'aide financière, les patients disposent de 240 jours à compter de la date de la première facture émise après leur sortie de l'hôpital.

Seules les formulaires demandes dûment remplis seront examinés en vue d'une aide financière. Un dossier de demande est considéré comme complet si tous les champs du formulaire sont remplis, si tous les documents demandés ont été reçus et si un Conseiller/Accompagnateur financier a examiné les informations et jugé que le patient n'est pas éligible à d'autres options de couverture santé. La demande est ensuite traitée en vue d'une aide financière et une décision est prise dans les meilleurs délais.

Dossiers de demande incomplet : Si un dossier est incomplet ou si le patient n'a pas fourni les informations demandées ou pris les mesures requises par un représentant d'Advocate Health, un Conseiller/Accompagnateur financier lui indiquera les informations à fournir pour compléter le dossier. Lesdites informations doivent être transmises à Advocate Health dans les 30 jours suivant la notification au patient, sauf circonstances exceptionnelles et dûment justifiées.

Communication sur cette politique

Dans le but d'informer la patientèle d'Advocate Health et la communauté de manière générale sur les possibilités d'aide financière, la présente politique et les procédures d'accompagnement pour l'accès à la couverture santé, Advocate Health adopte les mesures suivantes :

- Actions de sensibilisation et entretiens sur site menés par des Conseillers/Accompagnateurs afin d'évaluer l'éligibilité aux différents régimes de couverture santé (comme Medicaid) et à l'assistance financière.
- Un résumé en langage clair des programmes d'aide financière est affiché dans tous les services d'urgence et les zones d'enregistrement des patients, et figure sur toutes les factures. Ce résumé en langage clair comprend des informations sur les programmes d'aide financière proposés dans le cadre de la présente

politique, des instructions pour en faire la demande, le numéro de téléphone du service compétent pour fournir des informations sur la politique d'aide financière ainsi que les modalités d'obtention d'une copie de ladite politique.

- Les sites internet d'Advocate Health, d'Aurora Health Care et d'Atrium Health fournissent des informations sur les programmes d'aide financière disponibles, la manière dont les patients peuvent en faire la demande, les numéros de téléphone des services compétents pour fournir des informations sur l'aide financière, le résumé en langage clair, des copies de la politique d'aide financière, le formulaire de demande d'aide financière ainsi que la politique de facturation et de recouvrement
- Demandes de renseignements au service clientèle.

Procédures en cas d'impayés

Les informations concernant les modalités de facturation et de recouvrement d'Advocate Health sont disponibles séparément dans une politique de facturation et de recouvrement publiée sur les sites internet Web d'Advocate Health, d'Aurora Health Care et d'Atrium Health. Vous pouvez également obtenir gratuitement une copie de cette politique par courrier en appelant le service clientèle au :

- Atrium Health
  - Rendez-vous sur https://atriumhealth.org/for-patients-visitors/financial-assistance
  - Appelez le 704-512-7171 ou le 1-844-440-6536
- Illinois – Advocate Health Care
  - Rendez-vous sur http://www.advocatehealth.com/financialassistance
  - Appelez le 847-795-2300
- Wisconsin – Aurora Health Care
  - Rendez-vous sur http://www.aurorahealthcare.org/patients-visitors/billing-payment/financial-assistance
  - Appelez le 1-800-326-2250

Assurance qualité et autres provisions

Assurance qualité : Il est interdit aux membres de l'équipe Advocate Health de faire des recommandations et/ou de traiter des demandes d'aide financière pour des membres de leur famille, des amis, des connaissances et des collègues. Le Département d'assurance qualité pour les services financiers destinés aux patients procédera à des audits périodiques des comptes candidats à l'aide financière afin de s'assurer que la politique et les processus en vigueur sont respectés.

Ajustements des critères d'éligibilité : Advocate Health est susceptible d'ajuster périodiquement les critères d'éligibilité de cette politique en fonction des évaluations des besoins de santé de la communauté ou des études d'amélioration menées pour les organisations concernées et/ou si nécessaire pour se conformer aux lois, réglementations et/ou accords du comté applicables.

Disposition relative aux urgences de santé publique : Les sources de financement alternatives dues à une urgence de santé publique n'empêcheront PAS les patients non assurés de bénéficier d'une aide financière pour les soldes restants qui sont admissibles au titre de la présente politique. En tout cohérence avec l'engagement d'Advocate Health envers notre communauté, l'aide financière peut également s'appliquer aux quotes-parts ou aux montants restant à la charge de patients assurés lorsque ces montants ont été annulés mais n'ont pas été réglés ou remboursés par les payeurs, ou lorsque des directives de facturation contradictoires sont émises dans le cadre d'une urgence de santé publique.

Annexe A

Dans certains États, les patients inscrits à certains programmes d'aide fédéraux et étatiques ou qui répondent à d'autres critères non liés au revenu peuvent bénéficier d'une aide financière à 100 %, sans qu'il soit nécessaire d'en faire la demande formelle.

Éligibilité présumée en Caroline du Nord

- Conformément à l'initiative NC Medical Debt Mitigation (Limitation de la dette médicale en Caroline du Nord), une éligibilité présumée sera déterminée pour les patients résidant en Caroline du Nord et bénéficiant de services hospitaliers dans un établissement Atrium Health en Caroline du Nord. Les patients qui remplissent les conditions requises dans le cadre de certains programmes d'aide fédéraux et étatiques ou répondent à d'autres critères non basés sur les revenus peuvent être considérés comme « présumés éligibles » à une prise en charge à 100 % au titre de l'aide financière, sans nécessité de déposer une demande.
- L'admissibilité présumée peut être justifiée si les patients répondent à des critères non liés au revenu, notamment :
  - Personne sans domicile fixe
  - Personne inscrite à des programmes d'aide gouvernementale soumis à des conditions de ressources, tels que le Programme nutritionnel pour les femmes, les nourrissons et les enfants, le Programme d'aide alimentaire complémentaire, ou encore l'Aide temporaire aux familles en situation de précarité
  - Personne ou enfant à charge admissible au Medicaid
  - Personne en situation de handicap mental ne disposant pas d'un représentant légal ou d'une personne habilitée pour agir en son nom
- Si au moins un critère d'admissibilité présumée non lié au revenu est rempli, les patients ne sont pas tenus de fournir des documents ou toute autre preuve attestant de leur admissibilité.
- Le processus permettant de déterminer si les patients remplissent les critères d'admissibilité présumée non liés au revenu inclut notamment :
  - Les informations recueillies lors de la procédure d'admission/d'enregistrement
  - Les informations peuvent également être obtenues auprès des équipes de soins afin de garantir un examen complet
- Les patients qui remplissent au moins un des critères d'éligibilité présumée non liés au revenu auront droit à une aide financière à 100 % et en seront informés avant leur sortie de l'hôpital.
- Les patients qui remplissent les critères d'éligibilité présumée à l'aide financière peuvent faire l'objet d'un examen pour bénéficier du Medicaid ou d'autres régimes de couverture santé. Ces patients ne seront pas redevables financièrement s'ils sont ultérieurement jugés inéligibles au Medicaid ou à d'autres régimes de couverture santé.
- Les patients qui ne remplissent pas les critères d'éligibilité présumée non liés au revenu et qui ne bénéficient pas d'un autre programme d'aide financière tel que décrit dans la présente politique recevront des informations sur les alternatives disponibles pour demander une aide financière.
- Le revenu est également un facteur déterminant pour l'éligibilité présumée. Les résident(e)s de Caroline du Nord bénéficiant de services hospitaliers dans un établissement Atrium Health en Caroline du Nord feront l'objet d'une évaluation en vue d'une aide financière via des outils informatiques externes.
  - Ce processus externalisé identifie les patients qui répondent aux critères d'aide financière à 100 %, tels que décrits dans la présente politique.
  - Les patients qui remplissent les critères d'éligibilité présumée liés au revenu auront droit à une aide financière à 100 % et en seront informés avant l'émission d'une facture.

Conformément aux objectifs de l'Initiative NC Medical Debt Mitigation (Limitation de la dette médicale en Caroline du Nord), les résidents de Caroline du Nord qui sont inscrits à Medicaid et qui reçoivent des services dans un hôpital North Carolina Atrium Health auront droit à une aide financière couvrant 100 % de tous les frais médicaux impayés remontant au 01/01/2014. Cela inclut toutes les dettes faisant l'objet d'un échéancier de paiement préalablement convenu avec le patient.

Admissibilité présumée dans l'Illinois

- La détermination de l'admissibilité présumée peut être effectuée pour les patients du Wisconsin et de l'Illinois conformément à la loi IL Fair Patient Billing Act. Les patients non assurés qui remplissent les conditions requises dans le cadre de certains programmes d'aide fédéraux et étatiques peuvent être considérés comme « présumés éligibles » à une prise en charge à 100 % au titre de l'aide financière, sans nécessité de déposer une demande.
- Si au moins un critère peut être vérifié, aucune autre preuve de revenu ne sera requise.
- AAH peut demander au patient de fournir une preuve d'éligibilité si le conseiller financier n'est pas en mesure de vérifier l'éligibilité par voie électronique.
- Si le conseiller financier est en mesure de déterminer qu'un patient est présumé éligible à l'aide financière, aucune demande écrite n'est requise.
- Les critères d'éligibilité présumée sont attestés par l'inscription à l'un des programmes suivants :
  o Women, Infants and Children Nutrition Program (Programme nutritionnel pour les femmes, les nourrissons et les enfants, WIC).
  o Supplemental Nutrition Assistance Program (Programme d'aide alimentaire complémentaire, SNAP).
  o Illinois Free Lunch and Breakfast Program (Programme « Déjeuner & petit-déjeuner gratuits » de l'Illinois).
  o Low Income Home Energy Assistance Program (Programme d'aide énergétique pour les ménages à faibles revenus, LIHEAP).
  o Temporary Assistance for Needy Families (Aide temporaire aux familles en situation de précarité, TANF).
  o Illinois Housing Development Authority's Rental Housing Support Program (Programme d'aide au logement locatif de l'Autorité de développement du logement de l'Illinois).
  o Tout programme communautaire structuré ou programme de santé caritatif fournissant des soins médicaux dont les critères d'éligibilité sont l'évaluation et la documentation de la situation financière des personnes à faibles revenus.
  o Éligibilité au Medicaid, mais sans éligibilité à la date du service ou pour un service non couvert (patientèle de l'Illinois uniquement)
- Les critères d'éligibilité présumée peuvent également être attestés par les circonstances suivantes :
  o Personne bénéficiaire d'une aide financière accordée dans le cadre de soins médicaux.
  o Personne sans domicile fixe.
  o Personne décédée sans succession.
  Personne en situation de handicap mental ne disposant pas d'un représentant légal ou d'une personne habilitée pour agir en son nom.
  o Personne incarcérée dans un établissement pénitentiaire.
  o Personne appartenant à un ordre religieux et ayant prononcé des vœux de pauvreté.
  o Personne en capacité de prouver via un organisme externe indépendant que son revenu familial est inférieur à deux fois le Seuil de pauvreté fédéral (FPL)
- L'admissibilité présumée peut être justifiée de plusieurs manières, notamment :
  o Confirmation électronique de l'inscription au programme ou d'autres critères d'admissibilité présumée.
  o Lorsqu'une confirmation électronique indépendante n'est pas possible, une preuve d'inscription ou d'autres
  critères d'admissibilité seront demandés. Tout élément figurant dans la liste suivante constituera une preuve recevable :

o Bon du programme WIC.
o Carte d'affiliation au SNAP avec preuve d'inscription imprimée ou copie de la lettre d'approbation émanant du programme SNAP.
o Lettre de l'établissement éducatif ou notification de repas gratuits/à prix réduit et d'exonération des frais, dûment
signée.
o Lettre ou avis du LIHEAP prouvant le statut de bénéficiaire.
o Lettre d'approbation TANF de la Croix-Rouge, du DHS (Département des services sociaux) ou du HFS (Département des services de santé et à la famille).
o Quittance de loyer dans le cas d'un programme de logement subventionné par l'État ou le gouvernement fédéral.
o Lettre d'ajustement de loyer émise par le bailleur ou carte/lettre émise par le HUD (Département du Logement et du Développement Urbain).
o Carte ou notification d'attribution attestant de l'éligibilité en cours à un programme de l'Illinois.
o Déclaration de l'Organisme subventionnaire ou Lettre de subvention.
o Déclaration sur l'honneur ou lettre émanant d'une église ou d'un centre d'hébergement confirmant une situation de sans-abrisme.
o Lettre de l'avocat, du foyer d'accueil, du refuge, de l'ordre religieux ou de l'église.