

Numéro de police : **FIN 004**

Original Date: 01/01/07

Revised: 08/31/07, 06/30/09, 07/14/15, 12/21/15,
01/19/16, 01/22/19, 06/01/20, 02/22, 04/23, 02/24

Reviewed:

Sujet/Titre : Politique d'assistance financière

Politique : La politique d'Oneida Health est de se conformer à la loi sur l'aide financière aux hôpitaux.

Objectif : L'OH offre une aide financière aux patients non assurés et sous-assurés à un taux réduit ou sans frais aux résidents de l'État de New York qui ont un revenu individuel ou familial, ce qui ne dépasse pas 300 % du niveau de pauvreté HHS.

Services couverts par cette politique :

1. Patients de soins actifs admis
2. Services d'urgence, y compris les transferts d'urgence en vertu de la Loi sur le traitement médical d'urgence et le travail (EMTALA)
3. Patients en chirurgie ambulatoire
4. Patients ambulatoires référés
5. 5. Patients d'observation

Veillez noter: les chirurgies esthétiques et / ou électives considérées comme des services non médicalement nécessaires ne sont pas admissibles à une aide financière.

Portée: Cette politique s'applique à tous les membres du conseil d'administration, officiers, gestionnaires et autres membres du personnel, y compris les employés, les stagiaires, les bénévoles, les fournisseurs, les consultants, les entrepreneurs indépendants, les étudiants et les travailleurs temporaires («personnes affectées») et dans toute Oneida Health (OH) , y compris l'hôpital et tous ses départements et centres de santé, et les cabinets médicaux affiliés à OH (Oneida Medical Services, PLLC, Oneida Medical Practice, PC and Genesee Physician Practice, PLLC), et tout autre département ou entité faisant partie d'OH.

Procédure:

Tous les patients sont informés de notre politique d'aide financière (FAP) au moment de l'inscription par des panneaux affichés dans toute la zone d'inscription, avec la politique, un résumé et une demande disponibles au moment de l'inscription, et avec une notification envoyée avec tous les relevés de facturation.

Sur demande, la police, un résumé de notre programme d'aide financière et une demande sont fournis au patient. À la réception d'une demande remplie, la demande est mise en attente; aucun paiement n'est attendu pendant l'examen de la demande.

La documentation demandée avec la demande, pour chaque membre du ménage, y compris les personnes à charge, est:

- Les huit (8) dernières semaines consécutives de talons de paie (quatre (4) si payées aux deux semaines)
- Confirmation du chômage, de la sécurité sociale, de la pension, de l'indemnisation des travailleurs, du handicap, etc.
- Pour les indépendants, un grand livre d'entreprise (3) mois ou une auto-attestation (une déclaration de revenus est facultative)
- Statut d'éligibilité Medicaid (si disponible après avoir postulé récemment).
- Si aucun type de documentation de revenu n'est disponible, le formulaire d'auto-attestation peut être utilisé.
- Pension alimentaire ou pension alimentaire pour enfants

- Toutes les autres sources de revenus

1. L'approbation de l'aide financière se fera au cas par cas. La détermination sera faite en fonction de la taille du ménage et du niveau de revenu.

2. Sur la base des informations fournies sur la demande, OH examinera les critères pour déterminer si le patient peut être éligible à la couverture NYS Medicaid. Si les informations fournies semblent respecter les directives d'éligibilité, le patient sera invité à demander NYS Medicaid pour obtenir l'approbation ou le refus de NYS Medicaid.

3. Si OH n'est pas en mesure de prendre une décision sur la base des informations fournies, une lettre sera envoyée au patient l'informant que la demande est en attente jusqu'à ce que des informations / documents complets soient reçus. Cela doit être retourné en temps opportun et comme spécifié par OH afin qu'une décision rapide soit prise.

4. Dans le cas où il est nécessaire pour un patient de demander Medicaid et Medicaid refuse en raison du défaut de remplir une demande ou du refus de se conformer à toute condition d'éligibilité, cela entraînera le refus de la demande d'aide financière. Vous devrez peut-être souscrire une autre assurance ou un autre programme avant de recevoir une aide financière.

5. Les soldes des comptes résultant des menues dépenses, des prestations épuisées et des paiements d'assurance refusés sont admissibles à une aide financière pour les services hospitaliers. (Cela ne s'applique pas aux consultations externes des médecins).

6. La demande d'aide financière doit être faite dans les 120 jours (période de notification) à partir du premier relevé de facturation du patient après le congé. Par la suite, tous les documents justificatifs et tous les documents supplémentaires demandés lors d'une notification en temps opportun, doivent être reçus par l'établissement dans les délais demandés par l'établissement pour ne pas dépasser 120 jours supplémentaires (période de demande).

7. L'approbation de l'aide financière ne sera valide que pour les comptes indiqués sur la demande. L'approbation de l'aide financière sera honorée pour une période de 6 mois; par conséquent, ce qui réduit la nécessité d'une «nouvelle demande». Cependant, si la situation financière d'un patient / garant a changé; Oneida Health demandera au patient / garant de présenter une nouvelle demande.

8. Le montant de l'aide financière sera déterminé par le personnel du bureau d'affaires. La demande sera ensuite remise au directeur des comptes des patients, au superviseur du bureau d'affaires (hôpital) ou au gestionnaire du bureau central de facturation (côté clinique) pour approbation finale. Dans les cas où les soldes de compte totalisent plus de 15 000 \$, l'approbation du chef des finances sera requise.

9. Les patients qui ont fait une demande d'aide financière recevront une décision écrite du bureau des affaires dans les 30 jours ouvrables suivant la décision.

10. Les patients qui ne sont pas d'accord avec la détermination de l'admissibilité à une aide financière peuvent appeler la ligne d'assistance téléphonique du Département de la santé de l'État de New York au 1 800 804 5447.

11. Les demandes d'aide financière ne seront pas honorées tant que la responsabilité finale du patient n'aura pas été déterminée une fois que toutes les assurances auront payé leur partie contractuelle. Tout litige d'assurance doit être réglé avant que le solde du compte ne soit pris en compte.

12. Une fois qu'une décision favorable aura été prise, le patient / garant recevra une notification ainsi qu'une explication des délais prévus pour remettre les soldes dus. Le patient / garant devra signer un accord et le retourner à OH dans les 14 jours.

13. Lorsqu'un garant / famille a été approuvé pour une aide financière, le garant peut payer le solde du compte ajusté en totalité ou si nécessaire peut mettre en place des modalités de paiement. Les paramètres du plan de paiement sont répertoriés ci-dessous.

Solde du compte inférieur à 100,00 \$ 6 mois - 9 mois maximum

100,00 \$ - 500,00 \$ 9 mois - 12 mois maximum

501,00 \$ - 1000,00 \$ 12 mois maximum

1001,00 \$ - 3000,00 \$ 18 mois maximum

3001,00 \$ - 5000,00 \$ 24 mois maximum

Plus de 5000,00 \$ Contactez le bureau d'affaires pour les modalités de paiement

Les paiements mensuels ne dépasseront pas 10% du revenu brut du garant / de la famille.

14. Le montant de la surtaxe de l'État de New York, le cas échéant, sera un supplément au solde final du compte à escompte.

15. Une comptabilité mensuelle de l'aide financière sera tenue, indiquant le nom du patient, le numéro de compte, la date du service, le type de service, la date de la demande, la date d'approbation / de refus, le total des frais, le solde total dû par le patient, le montant de l'ajustement, le code postal et équilibre patient ajusté.

16. Des copies de la demande, de l'approbation / du refus, de la facture sommaire et de toute correspondance relative à la demande d'aide financière seront conservées au dossier pendant une période de 10 ans.

17. Nous maintenons des politiques distinctes de facturation et de recouvrement. Des copies sont disponibles sur demande.

18. La liste des fournisseurs non couverts par notre Politique d'assistance financière (FAP) se trouve au lien suivant: <https://www.oneidahealth.org>

Pourcentage de revenu par rapport au niveau de pauvreté							
la taille du ménage	100%	133%	150%	200%	250%	300%	400%
1	\$15,060	\$20,030	\$22,590	\$30,120	\$37,650	\$45,180	\$60,240
2	\$20,440	\$27,185	\$30,660	\$40,880	\$51,100	\$61,320	\$81,760
3	\$25,820	\$34,341	\$38,730	\$51,640	\$64,550	\$77,460	\$103,280
4	\$31,200	\$41,496	\$46,800	\$62,400	\$78,000	\$93,600	\$124,800
5	\$36,580	\$48,651	\$54,870	\$73,160	\$91,450	\$109,740	\$146,320
6	\$41,960	\$55,807	\$62,940	\$83,920	\$104,900	\$125,880	\$167,840
7	\$47,340	\$62,962	\$71,010	\$94,680	\$118,350	\$142,020	\$189,360
8	\$52,720	\$70,118	\$79,080	\$105,440	\$131,800	\$158,160	\$210,880
échelle mobile	100%	89%	79%	69%	59%	49%	0%

Autres politiques / procédures connexes:

No de politique précédente:

Références: Section 501 (r) du code IRS, en vigueur en 2016

Normes:

Formulaires: Résumé de l'aide financière en langage clair (01242)

Demande d'aide financière (01913)

Paiement des soins - Services contractuels (01519)

Approuvé par: J. Sweet