

Objet

Intermountain Health s'engage à fournir une assistance financière aux personnes en quête de soins de santé et qui ne sont pas assurées, sous-assurées, non éligibles à un programme gouvernemental ou autrement incapables de payer les soins médicalement nécessaires en raison de leur situation familiale.

Intermountain Health fournira, sans aucune discrimination, des soins médicaux d'urgence aux personnes indépendamment de leur capacité à payer ou de leur éligibilité à une aide financière ou à une aide gouvernementale.

Une assistance financière sera fournie aux patients qui remplissent les conditions requises pour le programme et qui résident dans l'une des zones de service d'Intermountain Health. L'assistance financière sera fournie, sans aucune discrimination, aux patients ne résidant pas dans les zones de services d'Intermountain Health, qui remplissent par ailleurs les conditions requises pour bénéficier du programme et qui présentent un état de santé urgent, émergent ou mettant leur vie en danger.

Intermountain Health se basera sur les directives fédérales sur la pauvreté pour déterminer votre éligibilité à son programme d'assistance financière. Les patients éligibles à l'assistance financière peuvent bénéficier de soins à prix réduit ou payer un tarif réduit dans le cadre de cette politique. Une disposition relative aux difficultés médicales étend l'assistance financière aux patients dont les revenus sont supérieurs au seuil d'éligibilité à l'assistance financière et dont les factures médicales dépassent un pourcentage seuil des revenus du ménage du patient.

L'assistance financière est accordée aux patients ou à leur garant conformément aux lois fédérales, nationales et locales. L'accord d'une assistance financière est soumis à la coopération préalable des patients avec les procédures d'Intermountain Health relativement à la demande de cette assistance financière ou d'autres formes de paiement. Ils doivent également contribuer aux frais de leurs soins en fonction de situation financière. Il est recommandé aux personnes ayant des capacités financières suffisantes pour souscrire une assurance maladie de le faire, afin de garantir l'accès aux services de soins de santé, pour leur santé personnelle en général. L'accès à l'assurance ou à la couverture Medicaid s'est considérablement élargi grâce aux bourses d'échange fédérales et nationales. Tout patient non assuré doit collaborer avec Intermountain Health afin de déterminer son éligibilité au Medicaid ou à toute autre couverture d'assurance.

L'octroi d'une assistance financière dépend des besoins financiers du concerné, et ne tient pas compte de la race, de l'origine ethnique, de la religion, des croyances, du sexe, de l'âge, du statut social ou d'immigration, de l'orientation sexuelle ou du statut d'assurance.

En conséquence, cette politique écrite

- comprend les critères d'éligibilité à l'aide financière - soins complets ou à prix réduit.
- Précise la base de calcul des montants facturés aux patients éligibles à l'assistance financière en vertu de cette politique.
- Présente la démarche de demande d'une assistance financière.
- Décrit les méthodes à utiliser pour diffuser largement la politique au sein des communautés desservies par Intermountain Health.
- Limite les montants qu'Intermountain Health facturera pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires fournis aux personnes éligibles à l'assistance financière. La limite sera fonction du taux moyen généralement accepté par Medicare.

Champ d'application : Cette politique s'applique à toute personne travaillant pour ou au nom de Intermountain Health. Elle s'applique à tous les établissements hospitaliers, cliniques et médecins salariés d'Intermountain Health, y compris notamment les établissements suivants :

Colorado

Good Samaritan Hospital, Lutheran Hospital, Platte Valley Hospital, Saint Joseph Hospital et St. Mary's Regional Hospital.

Idaho

Cassia Regional Hospital

Montana

Holy Rosary Hospital, St. James Hospital et St. Vincent Regional Hospital

Utah

Alta View Hospital, American Fork Hospital, Bear River Valley Hospital, St George Regional Hospital, Fillmore Community Hospital, LDS Hospital, Layton Hospital, Logan Regional Hospital, McKay-Dee Hospital Center, Orem Community Hospital, Primary Childrens Hospital, Riverton Hospital, Sanpete Valley Hospital, Spanish Fork Hospital, Sevier Valley Hospital, Park City Hospital, Utah Valley Hospital, Cedar City Hospital, Heber Valley Hospital, Intermountain Medical Center et The Orthopedic Specialty Hospital.

Afin de mieux gérer ses ressources et permettre à Intermountain Health de fournir le niveau d'assistance adapté à chaque personne nécessitant, le conseil d'administration d'Intermountain a fixé les bases suivantes, en ce qui concerne l'assistance financière.

Définitions :

Les définitions des termes et expressions ci-dessous s'appliquent dans le cadre de cette politique :

Assistance financière – Désigne toute assistance fournie aux patients qui se trouvent dans l'incapacité financière de payer l'intégralité des frais prévus pour les services médicalement nécessaires fournis par Intermountain Health et qui remplissent les conditions d'éligibilité pour une telle assistance.

Conjoint survivant - désigne le conjoint ou la conjointe du patient au moment du décès de ce dernier.

Conseillers financiers – Désigne des soignants qui aident les patients et/ou leurs garants à prendre des décisions financières éclairées en répondant aux questions concernant le coût des services de santé, en mettant en place des plans de paiement ou en identifiant d'autres formes d'assistance financière.

Décédé – Désigne la personne qui est décédée, telle qu'elle est utilisée dans la gestion de sa succession, l'homologation du testament et d'autres procédures après le décès.

Difficultés médicales – Désigne toute assistance financière offrant une réduction basée sur une échelle mobile aux patients éligibles dont le revenu familial annualisé dépasse 500 % des directives fédérales en matière de pauvreté et dont les obligations financières résultant des services médicaux fournis par une entité ou un prestataire d'Intermountain Health dépassent 25 % du revenu familial annualisé.

Directives fédérales sur la pauvreté – Les directives fédérales sur la pauvreté sont mises à jour chaque année dans le Registre fédéral par le Département américain de la santé et des services sociaux en vertu de la sous-section (2) de la section 9902 du titre 42 du code des États-Unis. Les directives en vigueur se trouvent dans la section Sources primaires ci-dessous. Intermountain Healthcare met à jour ses directives fédérales sur la pauvreté le 1er avril de chaque année.

File d'attente de travail (WQ) - liste de travail ou rapport interactif.

Frais bruts – Désigne le total des frais aux tarifs complets établis par l'organisation pour la prestation de services de soins aux patients avant l'application des déductions de revenus.

Garant – Désigne une personne autre que le patient qui est responsable du paiement de la facture du patient.

Médicalement nécessaire – Défini par Medicare comme des services ou des articles raisonnables et nécessaires pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure.

Montants généralement facturés (AGB) – Désigne le montant généralement facturé pour des soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires à des personnes qui ont une assurance couvrant ces soins. Ce montant est calculé selon la méthode dite « Look Back », conformément à l'article 1.501(r)-5(b). (L'AGB ne prend pas en compte les groupes médicaux et les soins à domicile)

Niveau de pauvreté fédéral (FPL) – Désigne les directives mises à jour et publiées chaque année par le Département américain de la santé et des services sociaux, et qui définissent les conditions d'éligibilité financière à certains programmes et prestations fédéraux.

Patient non assuré – Désigne une personne non couverte par un assureur tiers commercial, un plan ERISA, un programme fédéral de soins de santé (notamment Medicare, Medicaid, SCHIP et CHAMPUS), une indemnisation pour accident du travail ou toute autre assistance d'un tiers pour l'aider à s'acquitter de ses obligations de paiement.

Patient sous-assuré – Désigne toute personne bénéficiant d'une couverture d'assurance privée ou publique, et qui serait dans l'incapacité financière de payer l'intégralité des frais prévus pour les services médicaux prodigués par Intermountain Health.

Sans-abri – Désigne toute personne ne disposant d'aucun logement permanent et qui peut vivre dans la rue, dans un refuge, une mission, une chambre individuelle, un bâtiment ou un véhicule abandonné, ou dans toute autre situation instable ou provisoire.

Soins à prix réduit – Désigne une assistance financière qui fournit des soins à prix réduit aux patients éligibles dont les revenus familiaux annualisés sont égaux ou supérieurs à 250 %, mais inférieurs ou égaux à 500 % des directives fédérales sur la pauvreté. Ce type d'assistance financière dispense le patient de toute obligation financière, et ce dernier ne paie que les frais qui peuvent être dus après l'application des réductions applicables aux services médicaux fournis par Intermountain Healthcare.

Soins immédiats et urgents – Désigne le diagnostic et le traitement de conditions médicales graves pouvant constituer une menace immédiate pour la vie et la santé du patient.

Soins remboursés – Désigne une exonération totale de l'obligation financière du patient résultant des services médicaux fournis par Intermountain Health. Les soins à prix réduit sont destinés aux patients non assurés et sous-assurés dont les revenus familiaux annualisés sont inférieurs à 250 % des directives fédérales sur la pauvreté.

Politique :

Services éligibles :

Les services et les biens suivants sont offerts dans le cadre de cette politique d'assistance financière :

1. Les services de traumatologie et les services médicaux d'urgence fournis en situation d'urgence. Les soins seront maintenus jusqu'à obtenir un état stable du patient et avant tout calcul des modalités de paiement ;
2. Les soins pour une condition qui, si elle n'est pas prise en charge immédiatement, pourrait entraîner une dégradation de l'état de santé du patient ;
3. les services non facultatifs fournis en réponse à des circonstances mettant en danger la vie du patient dans une salle autre qu'une salle d'urgence ; et/ou
4. d'autres services prévus et médicalement nécessaires, évalués et approuvés à la discrétion d'Intermountain Health.

De nombreux prestataires interviennent dans le cadre des soins aux patients. La liste des prestataires couverts par cette politique est disponible sur le site web public, sur la pièce jointe dans la section Matériel secondaire ci-dessous. Vous pouvez également en faire la demande pour une copie écrite. Les prestataires non couverts par cette politique peuvent dépendre de leur propre politique d'assistance financière et de leurs propres conditions d'éligibilité. Pour obtenir des informations sur leurs programmes, les patients doivent contacter directement les prestataires concernés.

Les services suivants ne sont pas pris en charge pour une assistance financière :

1. Procédures au choix du patient, mais non médicalement nécessaires, notamment les services esthétiques. La liste des services non pris en charge est disponible dans la section Matériaux secondaires ci-dessous.
2. Autres prestations médicales non facturées par Intermountain Health (par exemple, services médicaux indépendants, soins infirmiers privés, transport en ambulance, etc.) Les patients doivent contacter directement les prestataires de services pour se renseigner sur l'assistance et négocier des accords de paiement avec ces pratiques.

Conditions d'éligibilité et d'assistance

L'assistance financière est prioritairement destinée aux personnes non assurées, sous-assurées et incapables d'assurer les frais pour leurs soins, après avoir déterminé les besoins financiers conformément à la présente politique. La vérification de l'éligibilité du patient par Intermountain Health ne tient pas compte de la race, du sexe, de l'âge, de l'orientation sexuelle, de l'appartenance religieuse, du statut social ou d'immigrant, ni de l'âge du compte du patient.

Intermountain Health offre une assistance financière aux patients ou à leur garant, conformément aux lois fédérales, étatiques et locales. L'octroi d'une assistance financière dépend des besoins financiers du concerné, et ne tient pas compte de la race, de l'origine ethnique, de la religion, des croyances, du sexe, de l'âge, du statut social ou d'immigration, de l'orientation sexuelle ou du statut d'assurance.

Il revient aux candidats demandant l'aide financière de s'adresser aux programmes publics pour obtenir une couverture. Ils doivent rechercher une couverture d'assurance maladie publique ou privée pour les soins dispensés par Intermountain Health. Le patient ou son garant doivent fournir les informations requises dans la demande de programmes applicables et de sources de financement identifiables, y compris la couverture COBRA (une loi fédérale permettant une extension limitée dans le temps des prestations de soins de santé). Si Intermountain Health détermine que le patient est éligible pour la couverture COBRA et que ce dernier n'est pas bénéficiaire du Medicaid ou du Medicare, le patient ou son garant doit fournir à Intermountain Health les

informations nécessaires pour déterminer la prime mensuelle COBRA. Ils devront fournir au personnel d'Intermountain Health toute information requise pour vérifier leur éligibilité à la prime COBRA d'Intermountain Health, qui peut être proposée pour une durée limitée afin d'aider à l'obtention d'une couverture d'assurance.

Les patients, ou leurs garants, qui ne coopèrent pas à la demande de programmes de prise en charge de leurs soins de santé, tels que Medicaid, peuvent se voir refuser l'aide financière. Intermountain Health s'efforcera d'aider le patient ou son garant à obtenir une inscription à des programmes publics et privés.

Conformément à la réglementation fédérale EMERGENCY MEDICAL TREATMENT AND LABOR ACT (EMTLA), aucun patient ne doit faire l'objet d'une sélection en vue d'obtenir une aide financière ou des informations sur le paiement avant la prestation de services dans les situations d'urgence.

Soins à tarif réduit (sans frais) : Pour les services éligibles, des soins à tarif réduit seront fournis à un patient, ou à son garant, répondant aux critères suivants :

1. Les patients non assurés et sous-assurés répondant à d'autres critères d'éligibilité et dont les revenus familiaux annuels sont inférieurs à 250 % des directives fédérales sur la pauvreté, et
2. Toutes les autres options de paiement ont été épuisées pour le patient, y compris la couverture privée, les programmes d'assistance médicale fédéraux, étatiques et locaux, et d'autres formes d'assistance fournies par des tiers, sauf si les lois locales, étatiques ou fédérales l'interdisent.

Soins à prix réduit : Pour les services éligibles, des soins à prix réduit seront fournis à un patient ou à son garant répondant aux critères suivants :

- Les patients non assurés et sous-assurés répondant à d'autres critères d'éligibilité et dont les revenus familiaux annualisés sont supérieurs à 250 % mais inférieurs ou égaux à 500 % des directives fédérales sur la pauvreté, et
- Toutes les autres options de paiement ont été épuisées pour le patient, y compris la couverture privée, les programmes d'assistance médicale fédéraux, étatiques et locaux, et d'autres formes d'assistance fournies par des tiers.

Les réductions sont décrites dans la matrice des responsabilités du patient en matière d'assistance financière (Annexe B).

Difficultés médicales : Bien que l'assistance financière soit en général accordée selon des critères fixes, il peut parfois être nécessaire d'accorder une aide supplémentaire en raison de circonstances atténuantes.

Pour les services éligibles, des soins à prix réduit seront fournis à un patient ou à son garant répondant aux critères suivants :

1. Le patient, ou le garant du patient, a un revenu familial annuel supérieur à 500 % des directives fédérales sur la pauvreté.
2. Le patient ou son garant a épuisé toutes les autres options de paiement, y compris la couverture privée, les programmes d'assistance médicale fédéraux, étatiques et locaux, et d'autres formes d'assistance fournies par des tiers ; et
3. Les obligations du patient résultant des services médicaux fournis par les prestataires d'Intermountain Health dépassent 25 % du revenu familial annuel.

Le patient ou son garant qui répond aux conditions d'éligibilité pour les difficultés médicales verra ses frais Intermountain Health limités à 25 % de son revenu familial annuel. Cet ajustement de frais s'appliquera à tous les services médicaux admissibles en vertu de cette disposition au cours d'une année civile.

Rabais pour les non-assurés : Les patients non éligibles à l'assistance financière et ne bénéficiant pas d'une couverture tierce pour les services médicaux nécessaires fournis par Intermountain Health pourront bénéficier d'une réduction conformément à la politique de réduction des patients d'Intermountain Health.

Plans de paiement : Un plan de paiement raisonnable sera établi entre Intermountain Health et le patient, ou le garant du patient, pour tout solde restant après que le coût des soins a été réduit dans le cadre de la politique d'assistance financière.

Services médicaux d'urgence

Les établissements de soins d'Intermountain Health doivent fournir aux candidats aux soins d'urgence, ou à ceux pour lesquels un représentant a fait une demande si le patient n'est pas en mesure de le faire, un examen de dépistage afin de déterminer s'il a besoin d'une intervention médicale d'urgence. Les établissements de soins d'Intermountain Health procéderont à un examen et un traitement immédiat sans attendre de s'enquérir des méthodes de paiement, de la couverture d'assurance, de la citoyenneté ou du dossier juridique du patient.

Les établissements de soins d'Intermountain Health prendront en charge toute personne nécessitant une intervention médicale d'urgence jusqu'à ce que le problème soit résolu ou stabilisé et que le patient soit en mesure de s'occuper de lui-même après sa sortie ou, s'il n'en est pas capable, de recevoir les soins continus dont il a besoin. Les soins aux patients hospitalisés seront prodigués à un niveau égal pour tous les patients, sans tenir compte de leur capacité à payer. Les établissements de soins d'Intermountain Health n'autoriseront pas à un patient de sortir avant stabilisation s'il souffre d'une affection médicale d'urgence, si l'assurance du patient est annulée ou si elle cesse d'être payée pendant la durée du séjour.

Si un établissement d'Intermountain Health n'est pas en mesure de prendre en charge un problème médical d'urgence, le patient sera transféré vers un autre hôpital plus équipé.

Barème de calcul des frais facturés aux patients

Intermountain Health ne facturera pas aux patients éligibles à l'assistance financière en vertu de cette politique pour les soins d'urgence ou autres soins médicaux nécessaires un montant supérieur à l'AGB pour les personnes disposant de cette assurance. Les patients peuvent demander le pourcentage AGB en vigueur à tout moment en contactant le service de conseil financier ou les liens de contact du bureau de facturation figurant dans la section Matériel secondaire ci-dessous.

Intermountain Health utilise une méthode rétrospective pour calculer le pourcentage AGB au moins une fois par an en divisant la somme de toutes les demandes de remboursement qui ont été payées intégralement par Medicare et tous les assureurs de santé privés ensemble en tant que payeur principal de ces demandes au cours de la période précédente de douze (12) mois par la somme des frais bruts associés à ces demandes.

Demande d'assistance financière

L'éligibilité à l'assistance financière repose sur la politique d'Intermountain Health et de l'évaluation des besoins financiers du demandeur. Les patients non assurés ou sous-assurés seront informés de la politique d'assistance financière et de la procédure de soumission de la demande. Les patients, ou leurs garants, ont la doivent coopérer au processus de demande d'assistance financière en donnant des informations et des documents sur la taille du foyer et les revenus.

Intermountain Health fera de son mieux pour expliquer aux patients ou à leurs garants les avantages de Medicaid et des autres programmes publics et privés disponibles, et mettra à leur disposition des informations sur ces programmes susceptibles de couvrir les services. Intermountain Health s'efforcera d'aider les patients, ou leurs garants, à demander à bénéficier des programmes publics, des programmes privés et de la couverture COBRA auxquels ils peuvent prétendre et qui peuvent les aider à obtenir et à payer les services de soins de santé. Les patients potentiellement éligibles sont censés s'inscrire à ces programmes.

Les informations sur la couverture externe et la politique d'aide financière d'Intermountain Health seront communiquées aux patients de façon facile à comprendre, adaptée à leur culture en utilisant les langues les plus parlées dans leurs communautés.

Demande et documentation : tous les candidats doivent remplir le formulaire de demande d'assistance financière disponible pour leur région et peuvent être amenés à fournir les documents requis lors de la demande d'assistance financière. Certains des documents demandés sont :

1. des informations sur les revenus, telles que des bulletins de solde récents, des justificatifs des revenus d'une activité indépendante, la dernière déclaration d'impôt sur le revenu et des relevés bancaires ;
 2. le détail des dépenses mensuelles (comme indiqué dans le formulaire de demande d'aide financière) ;
et/ou
 3. tout autre document justificatif décrit dans la politique d'Intermountain Health et dans le formulaire de demande d'assistance financière :
 - lettre de refus de Medicaid, le cas échéant
 - jugement de divorce ou avis de séparation légale, le cas échéant
 - Preuve de décès, le cas échéant. Ces pièces justificatives peuvent être annexées au certificat de décès, à l'avis de décès, à un avis de pompes funèbres, etc.
 - Preuve d'implication pour un service humanitaire, le cas échéant
 - lettre de soutien, le cas échéant
 - relevés de la dette médicale externe si elle est supérieure à 5 000 dollars, le cas échéant
- Les conditions d'éligibilité auxquelles le processus d'évaluation recourt sont, entre autres, le revenu par rapport au niveau de pauvreté fédéral (FPL) fixé annuellement par le Département fédéral de la santé et des services sociaux en fonction de la taille et du revenu du ménage.
 - La résidence dans une zone de service d'Intermountain pour les services hospitaliers non urgents et/ou les circonstances atténuantes. Les services de traumatologie et d'urgence fournis dans un contexte d'urgence sont couverts quel que soit le lieu de résidence.
 - Le patient et/ou son garant doivent explorer toutes les sources de financement disponibles, y compris les programmes d'aide gouvernementaux et privés, avant de soumettre leur demande d'assistance financière. Intermountain Health peut aider les patients à effectuer une demande d'assistance auprès de prestataires autres qu'Intermountain Health.

Éligibilité présumée

Intermountain Health reconnaît que tous les patients, ou leurs garants, ne sont pas en mesure de remplir la demande d'assistance financière ou de fournir les documents requis. Les conseillers financiers de ses différents établissements de soins peuvent aider toute personne souhaitant obtenir une assistance, si elle en fait la demande. Intermountain Health peut accorder une assistance financière aux patients ou aux garants des patients qui ne sont pas en mesure de fournir les documents requis, mais qui répondent à certains critères de besoins financiers. En particulier, l'éligibilité présumée peut être déterminée sur la base des circonstances de la vie individuelle qui peuvent inclure :

1. programmes de prescription financés par l'État ;
2. sans-abri ou toute personne ayant été prise en charge dans une clinique pour sans-abri ;
3. participation aux programmes destinés aux femmes, nourrissons et enfants (WIC) ;
4. éligibilité aux bons d'alimentation ;
5. éligibilité au programme de repas scolaires subventionnés ;
6. éligibilité à d'autres programmes d'assistance locaux ou étatiques non subventionnés (par exemple, réduction des dépenses de Medicaid) ;

7. si le logement subventionné/à faible revenu correspond à l'adresse valide du patient.
8. L'éligibilité est basée sur des sources d'information médicales (par exemple, les données des dossiers publics, les informations socio-économiques, les scores calculés par les vendeurs).

Pour les patients, ou leurs garants, qui ne répondent pas au processus de demande d'Intermountain Health, d'autres sources d'information peuvent être utilisées pour procéder à une évaluation individuelle des besoins financiers. Ces informations permettront à Intermountain Health de prendre une décision adaptée aux besoins financiers des patients qui ne répondent pas aux conditions.

Intermountain Health peut faire appel à un tiers pour examiner les informations d'un patient ou de son garant afin d'évaluer ses besoins financiers. Cet examen utilise un modèle prédictif reconnu par le secteur médical et basé sur des bases de données publiques. Le modèle intègre des données issues des dossiers publics pour calculer un score de capacité socio-économique et financière. Les règles du modèle sont conçues pour évaluer chaque patient selon les mêmes normes et sont calibrées en fonction de l'historique des approbations d'aide financière pour Intermountain Health. Le modèle prédictif permet à Intermountain Health d'évaluer si un patient est similaire à d'autres patients qui se sont historiquement qualifiés pour une assistance financière dans le cadre du processus de demande traditionnel.

Les informations du modèle prédictif peuvent être utilisées par Intermountain Health pour accorder une présomption d'éligibilité ou assouplir certaines des exigences documentaires pour les patients ou leurs garants. En l'absence d'informations fournies directement par le patient, et après avoir tenté de confirmer la disponibilité de la couverture, le modèle prédictif fournit une méthode systématique pour accorder une éligibilité présumée aux patients financièrement démunis.

Si un patient ne remplit pas les conditions requises en vertu de la règle de présomption, il peut toujours fournir les informations nécessaires et être pris en compte dans le cadre de la procédure traditionnelle de demande d'aide financière.

Patients décédés : si la personne décédée n'est pas mariée, n'a pas de succession établie et ne répond aux critères d'ajustement, son compte sera acheminé afin d'examiner l'ajustement. Pour confirmer l'état de la succession, un représentant de l'organisme de bienfaisance soumettra une demande au comté de la résidence de la personne décédée. La demande sera accompagnée des détails du compte reflétant le solde restant sur le compte.

Si la personne décédée a un conjoint ou une conjointe survivant, la loi de l'État où le défunt résidait déterminera si le solde revient au conjoint survivant ou à sa succession. S'il est prévu que le conjoint survivant soit bénéficiaire, le compte lui sera attribué. Le conjoint survivant peut demander une aide financière si la législation de l'État détermine que la dette du défunt devient la responsabilité du conjoint survivant. Le conjoint survivant devra remplir la demande d'assistance financière et fournir tous les documents requis. Le compte sera ensuite examiné selon la politique de l'assistance financière afin de vérifier son éligibilité.

Approbation de l'aide financière

Les décisions relatives à l'aide financière seront prises conformément à la politique approuvée et d'une manière qui reflète la gestion financière et la responsabilité sociale. Les ajustements suivront les niveaux établis dans la politique d'Intermountain Health.

Calendrier pour l'établissement de l'éligibilité financière

L'éligibilité à l'assistance financière peut être déterminée à n'importe quel stade des soins du patient une fois que l'état de santé du patient stabilisé ou pendant son cycle de recouvrement. La décision est prise après avoir épuisé tous les efforts visant à qualifier le patient pour d'autres programmes publics ou privés. Si le

patient recherche d'autres moyens de soutien financier, Intermountain Health aidera le patient ou le garant du patient en ce qui concerne le processus et le délai prévu pour la détermination et ne tentera pas d'efforts de recouvrement pendant que cette détermination est en cours.

Les demandes d'assistance financière seront traitées avec diligence et Intermountain Health en informera le patient ou le demandeur par écrit dans un délai raisonnable. Si son éligibilité est approuvée, le patient bénéficiera d'une assistance financière pour une période de douze mois. L'assistance financière sera également appliquée à tous les comptes éligibles encourus pour des services reçus avant la date de la demande. Si l'aide financière est refusée, le patient, ou son garant, peut soumettre une nouvelle demande chaque fois qu'il y a un changement de revenu ou de statut. Une demande d'assistance financière devra être soumise à nouveau si plus de six mois se sont écoulés depuis le refus initial.

Notification concernant l'assistance financière

Les informations relatives aux politiques et programmes d'assistance financière sont facilement accessibles et publiées sur tous les sites Web d'Intermountain Health. La disponibilité de l'assistance financière sera également affichée de manière visible dans les services d'urgence, les centres de soins d'urgence, les zones d'admission et d'enregistrement, ainsi que dans d'autres lieux qu'Intermountain Health jugera appropriés. Les panneaux et autres informations sur l'assistance financière sont disponibles dans d'autres langues qui représentent au moins 5 % des patients desservis annuellement par le site de soins spécifique.

Outre les méthodes susmentionnées, les politiques d'assistance financière ou les résumés des programmes sont mis à la disposition des agences communautaires de santé et de services sociaux appropriées et d'autres organisations qui aident les personnes dans le besoin. Les informations relatives à l'assistance financière, y compris un numéro des personnes à contacter, figurent sur les factures des patients et sont communiquées oralement. Des informations sur l'assistance financière sont disponibles aux points d'enregistrement. Les patients peuvent bénéficier de conseils financiers afin de mieux gérer leurs factures Intermountain Health. Il revient au patient ou à son garant de contacter le conseiller financier.

Intermountain Health forme les soignants qui travaillent en étroite collaboration avec les patients (y compris le personnel chargé de l'inscription et de l'admission des patients, de l'assistance financière, au service clientèle, de la facturation et du recouvrement) à l'assistance financière et aux politiques et pratiques de recouvrement. L'orientation des patients vers l'assistance financière peut être effectuée par tout soignant ou personnel médical d'Intermountain Health, y compris les médecins, les infirmières, les conseillers financiers, les travailleurs sociaux, les gestionnaires de cas, les aumôniers et les parrains religieux.

Appels et résolution des litiges

Les patients peuvent demander une révision à Intermountain Health en cas de litige concernant l'application de cette politique d'assistance financière. Les patients dont la demande d'assistance financière a été rejetée peuvent également faire appel de la décision relative à leur éligibilité. Les patients peuvent faire appel ou régler leurs litiges en contactant le responsable d'assistance financière. Le motif de la contestation ou de l'appel doit être formulé par écrit et soumis dans les 90 jours suivant la décision d'assistance financière.

Intermountain Health peut fournir une assistance financière pour certains articles qui sont raisonnablement liés aux soins médicaux d'une personne non assurée, d'une personne sous-assurée ou qui ne sont pas couverts par le plan de santé de la personne. Veuillez consulter la section Assistance financière - Articles liés aux soins médicaux dans les documents secondaires.

Reportez-vous au document Emplacements des hôpitaux Intermountain Health - Attachment A pour obtenir la liste des établissements hospitaliers Intermountain Health où vous pourrez déposer vos litiges ou vos appels.

Tenue des dossiers

Intermountain Health documentera l'assistance financière, qu'il s'agisse de soins entièrement réduits (gratuits), de soins réduits ou de difficultés médicales, afin de maintenir des contrôles appropriés et de répondre à toutes les exigences de conformité internes et externes.

Actions en cas de non-paiement

Intermountain Health s'efforcera de fournir aux patients non assurés des informations sur sa politique d'assistance financière, par exemple en joignant un résumé de cette politique aux relevés de facturation, avant qu'Intermountain Health ou ses fournisseurs de services de recouvrement ne prennent des mesures pour le recouvrement des paiements. Les politiques de recouvrement d'Intermountain Health doivent être conformes aux réglementations et lois fédérales et étatiques régissant la facturation et le recouvrement des soins de santé. Aucune information documentaire obtenue dans le cadre de la procédure de demande ne sera utilisée pour des actions de recouvrement.

Aucune action de recouvrement extraordinaire ne sera entreprise à l'encontre d'un patient sans que des efforts raisonnables n'aient été déployés au préalable pour déterminer si ce patient est éligible à une aide financière. Les efforts raisonnables sont notamment la validation du fait que le patient est redevable des factures impayées et que toutes les sources de paiement par des tiers ont été identifiées et facturées à Intermountain Health. Les efforts raisonnables comprennent également l'interdiction d'entreprendre des actions de recouvrement à l'encontre d'un patient non assuré (ou susceptible d'être sous-assuré) tant que le patient n'a pas été informé de la politique d'assistance financière de l'établissement des soins et n'a pas eu la possibilité d'en faire la demande ou de se prévaloir d'un plan de paiement raisonnable. Les centres de soins s'abstiendront de toute mesure extraordinaire de recouvrement à l'encontre d'un patient s'il fournit des documents attestant qu'il a effectué une demande pour une couverture médicale dans le cadre de Medicaid ou d'autres programmes de soins de santé financés par l'État.

La politique d'Intermountain Health exige que toutes les déclarations envoyées aux patients portent des informations sur l'aide financière pour les informer de tout solde restant dû. En outre, les établissements de soins et/ou les associés commerciaux des établissements de soins doivent contacter les patients qui ne répondent pas, en utilisant des moyens de communication oraux et écrits, pour les informer des soldes dus et discuter de leur éligibilité à une aide financière ou à des options de paiement raisonnables.

Exigences réglementaires

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette politique, la direction et les établissements d'Intermountain doivent se conformer à toutes les autres lois, règles et réglementations fédérales, étatiques et locales susceptibles de s'appliquer aux activités menées dans le cadre de cette politique.

Exclusions

Les établissements de soins suivants ne sont pas couverts par cette politique :

- Mount Saint Vincent
- Cliniques Saltzer Health
- Emplacements de Tellica Imaging

Approbation de la politique

La politique d'aide financière d'Intermountain Health fait l'objet d'une révision périodique. Toute modification de cette politique doit être approuvée par le conseil d'administration d'Intermountain Health.

Références et/ou sources primaires :

[Directives de HHS sur la pauvreté pour l'année 2022](#)

Politiques et/ou directives connexes :

- Politique en matière de recouvrement et de créances irrécouvrables
- Politique de réduction pour les patients

Documents justificatifs

- Fournisseurs couverts – Idaho, Nevada et Utah
- Fournisseurs couverts - Colorado, Kansas et Montana
- Demande d'assistance financière
- Services hospitaliers non couverts par l'assistance financière
- Tableau des rabais de l'assistance financière
- Contact pour le conseil financier - Idaho, Nevada et Utah
- Contact pour le conseil financier - Colorado et Montana

Les litiges et les appels peuvent être déposés en contactant le service de conseil financier pour le programme d'assistance financière.

Idaho, Nevada ou Utah :

Programme d'assistance financière
P.O. Box 30193
Salt Lake City, UT 84130

Colorado, Kansas ou Montana :

Programme d'assistance financière
500 Eldorado Blvd.
Broomfield, CO 80021

Hôpitaux de Intermountain Health :

Colorado :

Good Samaritan Hospital
200 Exempla Circle
Lafayette, CO 80026

Lutheran Hospital
8300 W 38th Avenue
Wheat Ridge, CO 80030

Platte Valley Hospital
1600 Prairie Center Pkwy
Brighton, CO 80601

St Joseph Hospital
1375 East 19th Avenue
Denver, CO 80218

St Mary's Regional Hospital
2635 N. 7th Street
Grand Junction, CO 81501

Idaho :

Cassia Regional Hospital
1501 Hiland Ave
Burley, ID 83318

Montana :

Holy Rosary Hospital
2600 Wilson Street
Miles City, MT 59301

St. James Hospital
200 S. Clark Street
Butte, MT 59701

St. Vincent Regional Hospital
1233 N. 30th Street
Billings, MT 59101

Utah :

Alta View Hospital
9660 S 1300 E
Sandy, UT 84094

American Fork Hospital
170 N 1100 E
American Fork, UT 84003

Bear River Valley Hospital
905 N 1000W
Tremonton, UT 84337

Fillmore Community Hospital
674 UT-99
Fillmore, UT 84631

Layton Hospital
201 W Layton Pkwy
Layton, UT 84041

Intermountain Medical Center
5121 Cottonwood St.
Murray, UT 84107

Logan Regional Hospital
1400 N 500 E
Logan, UT 84341

Orem Community Hospital
331 N 400 W St
Orem, UT 84057

McKay-Dee Hospital
4401 Harrison Blvd
Ogden, UT 84403

Utah (suite)

Primary Childrens Hospital
100 Mario Capecchi Dr
Salt Lake City, UT 84113

Spanish Fork Hospital
765 E Mkt Pl Dr
Spanish Fork, UT 84660

Utah Valley Hospital
1034 N 500 W
Provo, UT 84604

LDS Hospital
8th Avenue, C ST E
Salt Lake City, UT 84143

Riverton Hospital
3741 W 12600 S
Riverton, UT 84065

Sevier Valley Hospital
1000 N Main St
Richfield, UT 84701

Cedar City Hospital
1303 N Main St
Cedar City, UT 84721

Orthopedic Specialty Hospital
5848 S 300 E
Murray, UT 84107

Sanpete Valley Hospital
1100 S Medical Dr
Mt Pleasant, UT 84647

Park City Hospital
900 Round Valley Dr
Park City, UT 84060

Heber Valley Hospital
454 East Medical Way
Heber City, UT 84032

Financial Assistance Patient Responsibility Matrix
Attachment B

2024 Sizes of Household	Percentage of Federal Poverty Guideline																		
	0%	to	250%	251%	to	300%	301%	to	350%	351%	to	400%	401%	to	450%		451%	to	500%
1	\$ -	to	\$ 37,650	\$ 37,651	to	\$ 45,180	\$ 45,181	to	\$ 52,710	\$ 52,711	to	\$ 60,240	\$ 60,241	to	\$ 67,770	\$ 67,771	to	\$ 75,300	Self-pay Discount
2	\$ -	to	\$ 51,100	\$ 51,101	to	\$ 61,320	\$ 61,321	to	\$ 71,540	\$ 71,541	to	\$ 81,760	\$ 81,761	to	\$ 91,980	\$ 91,981	to	\$ 102,200	
3	\$ -	to	\$ 64,550	\$ 64,551	to	\$ 77,460	\$ 77,461	to	\$ 90,370	\$ 90,371	to	\$ 103,280	\$ 103,281	to	\$ 116,190	\$ 116,191	to	\$ 129,100	
4	\$ -	to	\$ 78,000	\$ 78,001	to	\$ 93,600	\$ 93,601	to	\$ 109,200	\$ 109,201	to	\$ 124,800	\$ 124,801	to	\$ 140,400	\$ 140,401	to	\$ 156,000	
5	\$ -	to	\$ 91,450	\$ 91,451	to	\$ 109,740	\$ 109,741	to	\$ 128,030	\$ 128,031	to	\$ 146,320	\$ 146,321	to	\$ 164,610	\$ 164,611	to	\$ 182,900	
6	\$ -	to	\$ 104,900	\$ 104,901	to	\$ 125,880	\$ 125,881	to	\$ 146,860	\$ 146,861	to	\$ 167,840	\$ 167,841	to	\$ 188,820	\$ 188,821	to	\$ 209,800	
7	\$ -	to	\$ 118,350	\$ 118,351	to	\$ 142,020	\$ 142,021	to	\$ 165,690	\$ 165,691	to	\$ 189,360	\$ 189,361	to	\$ 213,030	\$ 213,031	to	\$ 236,700	
8	\$ -	to	\$ 131,800	\$ 131,801	to	\$ 158,160	\$ 158,161	to	\$ 184,520	\$ 184,521	to	\$ 210,880	\$ 210,881	to	\$ 237,240	\$ 237,241	to	\$ 263,600	
<i>For each additional person add</i>	\$5,380			\$5,380			\$5,380			\$5,380			\$5,380			\$5,380			SP Disc
Clinic Copay	0			\$25			\$35			\$50			\$75			\$100			
IP/OP Discount	100%			95%			90%			85%			80%			75%			

*Patient responsibility per visit not to exceed 25% of household income for patients with incomes greater than 300% of the Federal Poverty Level who qualify for a Medical Hardship
Sliding scale effective 4/1/2024