

L'Indiana Orthopaedic Hospital, LLC (« OrthoIndy » ou « hôpital ») a pour politique de garantir une pratique socialement équitable pour la fourniture de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires à l'hôpital. La présente politique vise à répondre aux besoins de la communauté en matière de soins de santé. Le Programme d'aide financière a été créé pour offrir un allègement financier aux personnes qui ne peuvent pas honorer leur dette financière envers l'hôpital. La présente politique s'applique à chacun des sites OrthoIndy suivants :

- **OrthoIndy Hospital Brownsburg:** 9070 East 56th Street, Brownsburg, IN 46112
- **OrthoIndy Center Grove:** 1579 Olive Branch Park Lane, Suite 100, Greenwood, IN 46143
- **OrthoIndy Hospital Greenwood:** 1260 Innovation Parkway, Suites 135 and 150, Greenwood, IN 46143
- **OrthoIndy Hospital Northwest:** 8400 Northwest Boulevard, Indianapolis, IN 46278
- **OrthoIndy Hospital Westfield:** 246 East 175th Street, Westfield, IN 46074
- **OrthoIndy Carmel Physical Therapy:** 805 West Carmel Drive, Carmel, IN 46032
- **OrthoIndy Fishers:** 10995 North Allisonville Road, Suite 101, Fishers, IN 46038
- **OrthoIndy Northwest Physical Therapy:** 6040 West 84th Street, Indianapolis, IN 46278

1. Toute aide financière reflétera notre engagement et notre respect pour la dignité humaine individuelle et le bien commun, notre préoccupation particulière et notre solidarité envers les personnes vivant dans la pauvreté et autres personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers la justice distributive et la gestion responsable.
2. La présente politique s'applique à tous les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires dispensés par l'hôpital, y compris les services des médecins employés. La présente politique ne s'applique pas aux frais pour des soins qui ne sont pas urgents ni aux autres soins non médicalement nécessaires.
3. La Liste des prestataires couverts par la politique d'aide financière fournit une liste de tous les prestataires assurant des soins dans les établissements de l'hôpital, précisant lesquels sont couverts par la politique d'aide financière et lesquels ne le sont pas.

Définitions

Aux fins de la présente politique, les définitions suivantes s'appliquent :

1. **501(r)** : Article 501(r) du Code des impôts et les règlements promulgués en vertu de celui-ci.
2. « **Montant généralement facturé** » ou **AGB** : en ce qui concerne les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, le montant généralement facturé aux personnes ayant une assurance couvrant ces soins.
3. **Soins d'urgence** : soins pour traiter une affection médicale se manifestant par des symptômes aigus suffisamment graves (y compris une douleur intense) au point que l'absence d'une attention médicale immédiate puisse entraîner une altération grave de la fonction corporelle, un dysfonctionnement grave de tout organe ou d'une partie du corps, ou mettre gravement en danger la santé de la personne.
4. **Hôpital** : Indiana Orthopaedic Hospital, LLC qui comprend 10 sites dans le centre de l'Indiana.
5. **Soins médicalement nécessaires** : soins qui sont :
 - a. appropriés, cohérents et essentiels à la prévention, au diagnostic ou au traitement de l'état d'un patient ;
 - b. une prestation ou un niveau de service le plus approprié à l'état du patient pouvant être fourni en toute sécurité ;
 - c. non fournis principalement pour la commodité du patient, de sa famille, du médecin ou de son soignant ; et
 - d. plus susceptibles d'apporter un bénéfice au patient qu'un préjudice.
 - i. Pour que les soins programmés futurs soient des « soins médicalement nécessaires », les soins et le moment des soins doivent être approuvés par le médecin-chef de l'hôpital (ou son délégué). La détermination des soins médicalement nécessaires doit être effectuée par un prestataire agréé qui fournit des soins médicaux au patient et, à la discrétion de l'hôpital, par le médecin d'admission, le

médecin référent et/ou le médecin-chef ou tout autre médecin examinateur (selon le type de soins recommandé). Dans le cas où les soins demandés par un patient couvert par la présente politique sont jugés non médicalement nécessaires par un médecin examinateur, cette décision doit également être confirmée par le médecin d'admission ou référent.

6. **Patient** : les personnes qui reçoivent des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires à l'hôpital et la personne qui est financièrement responsable.

Aide financière accordée

L'aide financière décrite dans cette section est disponible pour tous les patients de l'hôpital OrthoIndy.

1. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'aide financière (« FAP »), les patients dont le revenu est inférieur ou égal à 200 % du revenu du seuil fédéral de pauvreté (« FPL ») seront admissibles à des soins caritatifs à 100 % sur la part des frais pour les services dont le patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si ledit patient est jugé admissible à une aide financière dans le cadre d'une demande d'aide financière (une « demande de FAP ») au plus tard le 240^e jour suivant la première facture de sortie du patient et l'approbation de la demande de FAP par l'hôpital. Le patient sera admissible à une aide financière allant jusqu'à 100 % s'il soumet la demande de FAP après le 240^e jour suivant sa première facture de sortie, mais le montant de l'aide financière disponible pour un patient dans cette catégorie est alors limité au solde impayé du patient après prise en compte des paiements effectués sur son compte. Un patient admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé au-delà des frais calculés de l'AGB.
2. Sous réserve des autres dispositions de la présente politique d'aide financière, les patients dont les revenus dépassent 200 % du FPL mais ne dépassant pas 300 % du FPL bénéficieront d'une remise selon le barème dégressif sur la part des frais pour les services fournis dont le patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si ledit patient soumet une demande de FAP au plus tard le 240^e jour suivant la première facture de sortie du patient et si la demande de FAP est approuvée par l'hôpital. Le patient sera admissible à la remise de l'aide financière selon le barème dégressif s'il soumet la demande de FAP après le 240^e jour suivant sa première facture de sortie, mais le montant de l'aide financière disponible pour un patient dans cette catégorie est alors limité au solde impayé du patient après prise en compte des paiements effectués sur son compte. Un patient admissible à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé au-delà des frais calculés de l'AGB. La remise selon le barème dégressif est la suivante :
 - <200 % du FPL actuel
 - 201 % à 225 % du FPL actuel
 - 226 % à 250 % du FPL actuel
 - 251 % à 275 % du FPL actuel
 - 276 % à 300 % du FPL actuel
 - 100 % d'exonération du compte
 - 80 % d'exonération du compte
 - 60 % d'exonération du compte
 - 40 % d'exonération du compte
 - 20 % d'exonération du compte
3. L'admissibilité à l'aide financière peut être déterminée à tout moment du cycle des revenus pour un patient disposant d'un solde impayé suffisant dans les 240 premiers jours suivant la première facture de sortie du patient afin de déterminer l'admissibilité à des soins caritatifs à 100 %, indépendamment du fait que le patient n'ait pas rempli de demande de FAP.

Limitations des frais pour les patients admissibles à l'aide financière

Les patients admissibles à l'aide financière ne seront pas facturés individuellement plus que l'AGB pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, et pas plus que les frais bruts pour tous les autres soins médicaux. L'hôpital calcule un ou plusieurs pourcentages de l'AGB en utilisant la méthode « rétrospective » et en incluant le paiement à l'acte de Medicare ainsi que toutes les compagnies d'assurance-maladie privées qui versent des remboursements à l'hôpital, le tout conformément à l'article 501(r). Une copie gratuite de la description du calcul de l'AGB et des pourcentages peut être obtenue sur le site web de l'hôpital ou en vous rendant dans un service d'enregistrement des patients. L'AGB sera calculé annuellement avec la mise à jour prenant effet le 1^{er} juillet de chaque année.

Demander une aide financière et autres aides

Un patient peut être admissible à une aide financière en remplissant une demande d'aide financière en soumettant une demande FAP complète. La demande FAP est disponible sur le site web de l'hôpital ou en vous rendant dans un service d'enregistrement des patients. L'hôpital exigera que les personnes non assurées collaborent avec un conseiller financier pour faire une demande de Medicaid ou d'autres programmes d'aide publique auxquels le patient est jugé potentiellement admissible afin de pouvoir bénéficier d'une aide financière. Un patient peut se voir refuser une aide financière s'il fournit de fausses informations sur une demande FAP ou s'il refuse de collaborer avec un conseiller financier pour faire une demande de Medicaid ou d'autres programmes d'aide publique auxquels il est jugé potentiellement admissible afin de pouvoir bénéficier d'une aide financière. En plus de la demande FAP remplie, les éléments suivants doivent également être soumis dans les quinze (15) jours calendaires suivant la soumission de la demande FAP complétée :

1. Les revenus provenant de toutes sources, en listant le revenu brut pour la période la plus récente de trois mois.
2. Les copies des trois (3) derniers bulletins de salaire des membres financièrement responsables du ménage. Cela inclut les talons de pensions d'invalidité.
3. Les relevés (les 3 plus récents) de tous les comptes bancaires, certificats de dépôt, actions, obligations, biens immobiliers, 401(K), etc.
4. Les copies des déclarations de revenus fédérales et étatiques les plus récentes.
5. Si vous êtes sans emploi, nous pouvons également accepter une déclaration de l'agence pour l'emploi indiquant que vous ne travaillez pas et depuis combien de temps.
6. Toutes les ressources tierces et les programmes d'aide financière non hospitaliers, y compris l'aide publique disponible via Medicaid, doivent être épuisés avant que l'aide financière ou les prestations caritatives puissent être accordées.

Si un patient est réticent ou incapable de fournir la documentation mentionnée ci-dessus, l'hôpital peut alors utiliser d'autres méthodes raisonnables pour déterminer son besoin financier, y compris des entretiens documentés ou des questionnaires de patients.

Après avoir examiné une demande FAP complète ainsi que les informations sur les revenus et dépenses, le personnel des Services financiers pour les patients déterminera si le patient est admissible aux prestations d'aide financière sur la base de la fiche de calcul AGB. Si le patient est admissible à une aide financière, il/elle sera informé(e) et le compte sera ajusté en conséquence. Une aide financière peut être accordée aux patients décédés lorsqu'il n'y a pas de succession.

Facturation et recouvrement

Les actions que l'hôpital peut entreprendre en cas de non-paiement sont décrites dans une politique distincte de facturation et de recouvrement. Une copie gratuite de la politique de facturation et de recouvrement peut être obtenue sur le site web de l'hôpital ou en vous rendant dans un service d'enregistrement des patients.

Si vous avez des questions ou des difficultés à obtenir les informations nécessaires, veuillez contacter l'administrateur de notre association caritative au **317.773.4225**.