

La présente politique s'applique à tous les patients non assurés recevant des soins d'urgence et/ou médicalement nécessaires dans un établissement de l'Hôpital OrthoIndy (OIH). Les « patients non assurés » sont définis comme toutes les personnes non assurées ou qui ne sont pas admissibles à un programme gouvernemental ou privé qui couvre l'un des services rendus.

Procédure

- A. Tous les patients identifiés comme non assurés doivent payer 25 % des frais totaux estimés au moment du service.
- B. Tous les patients non assurés se présentant pour des services dans un établissement OIH ne devront pas être facturés au-delà des montants généralement facturés (AGB).
- C. L'AGB est le montant généralement facturé pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires aux personnes qui disposent d'une couverture d'assurance prenant en charge lesdits soins. En ce qui concerne l'AGB, l'OIH doit :
 1. calculer un AGB séparé pour les services hospitaliers et ambulatoires ;
 2. déclarer le pourcentage AGB sous forme d'une remise sur le total des frais facturés ;
 3. mettre à jour en recalculant l'AGB chaque année, la mise à jour étant effective le 1er juillet de chaque année.
- D. La réduction en pourcentage AGB pour patients hospitalisés ou ambulatoires, telle qu'applicable au service, sera accordée automatiquement et ne nécessite pas de demande de la part du patient/garant.
- E. L'application d'une réduction AGB sur le compte d'un patient non assuré n'empêche pas ce patient de demander une aide dans le cadre de la politique d'aide financière de l'OIH.
- F. La présente politique ne couvre pas les services fournis par des prestataires individuels lors d'un service en hospitalisation ou en ambulatoire.
- G. Les patients ayant des soldes impayés peuvent demander une aide financière via notre programme d'aide financière. Le cycle de relevé accordera 90 jours aux patients pour payer un solde dû à l'OIH (120 jours pour les patients Medicare). Les prolongations au-delà de ces délais imposent que des dispositions de paiement formel soient établies.
- H. Les patients seront autorisés à planifier les dispositions de paiement avant ou après la réception des services à l'OIH. Si des dispositions de paiement ne sont pas prises, un paiement intégral est attendu.
- I. Tous les patients non assurés devront verser un dépôt au moment de la prestation des soins ou avant celle-ci.
- J. Les options de paiement sont :
 1. espèces
 2. mandat postal
 3. chèque certifié
 4. toutes les principales cartes de crédit, à l'exception d'American Express
 5. carte de débit
- K. Des dispositions de paiement peuvent être prises pour tous les soldes non assurés à un terme maximum de 24 mois.
 1. Tous les soldes inférieurs à 500 \$ devront être payés dans un délai de 12 mois ou moins. Les comptes avec des soldes supérieurs à 500 \$ doivent être payés dans un délai de 24 mois.
 2. Les dispositions de paiement peuvent être prolongées de plus de 24 mois avec l'approbation du directeur financier.
 3. Le patient doit effectuer des paiements mensuels réguliers, à défaut de quoi les dispositions de la politique financière de l'OIH seront appliquées.
- L. Toutes les remises au-delà de l'AGB nécessiteront une approbation préalable selon les directives suivantes :
 - jusqu'à 25 000 \$ – Directeur sous-traitant du remboursement
 - 25 000 \$ et plus – Directeur général ou directeur financier