

	Finance	
	<b>Nom de la police</b>	Programme d'assistance financière
	<b>Date d'effet</b>	10/2002
	<b>Date d'approbation</b>	
	<b>Prochaine date d'approbation</b>	01/07/14
<b>Propriétaire de la politique</b>	Jennifer Bourassa	
<b>Approuvé par : Conseil d'administration de National Jewish Health</b>		

## ÉNONCÉ DE LA POLITIQUE

National Jewish Health a été fondé sur le principe de l'offre de l'accès aux soins pour tous les patients, y compris ceux dont les ressources sont limitées. Dans le cadre de ces efforts, National Jewish Health peut prendre part à toute une gamme de programmes d'assistance. National Jewish Health respectera toutes les réglementations/lignes directrices étatiques et fédérales, en particulier IRS-IRC 501(r). National Jewish Health veillera à que les patients pouvant bénéficier du programme d'assistance financière de National Jewish ne soient pas facturés une somme supérieure au tarif moyen généralement facturé (Average Generally Billed ou AGB) publié sur le site Internet.

National Jewish Health offrira également son propre programme d'assistance financière. Le programme d'assistance financière de National Jewish Health (NJFAP) est offert aux patients non assurés ou sous-assurés qui ont besoin d'aide pour régler leurs factures d'hôpital. Le NJFAP est offert et à la disposition de tous les patients qui répondent aux critères prédéterminés décrits dans cette politique.

Le bureau de Conseil financier aux patients administre le NJFAP et s'efforce d'évaluer chaque candidature de manière équitable sur la base des informations financières fournies par le patient et des lignes directrices établies. National Jewish Health se réserve le droit à sa seule appréciation de déterminer la capacité du patient à payer.

## CHAMP D'APPLICATION

Le programme FAP De National Jewish est offert aux patients jusqu'à 400 % du niveau de pauvreté.

NJFAP est offert aux nouveaux patients et aux patients établis pour ce qui suit :

Tous les services dispensés dans les établissements sous licence de National Jewish Health : voir Annexe A

NJFAP ne sera pas disponible pour couvrir ce qui suit :

- Services dispensés par un ou des médecins de National Jewish Health dans un établissement ou un site ne figurant pas à l'Annexe A.
- Services dispensés dans un site figurant à l'Annexe A, mais effectués et facturés par un médecin/groupe d'établissement indépendant figurant à l'Annexe B.

- Tickets modérateurs d'assurance dus pour les services de médecins et les médicaments sur ordonnance.
- Services non couverts par l'assurance, en particulier les restrictions de formulaires pharmaceutiques.
- Services auxiliaires prescrits par un prestataire de soins n'appartenant pas à National Jewish Health.
- Repas, logements et articles d'utilisation courante des patients.

## **PROCÉDURE**

Les conseillers juridiques de National Jewish Health évalueront les patients qui font appel à leurs services pour déterminer s'ils peuvent bénéficier de programmes d'aide financière. Les conseillers financiers présélectionneront les patients et détermineront leur éligibilité aux programmes d'aide financière de Medicaid, CACP, CHP + ou de Medicare Partie B & D et leur conseilleront éventuellement de présenter une demande dans le cadre de ces programmes.

National Jewish Health diffuse des informations sur le Programme d'aide financière de National Jewish, ainsi qu'un formulaire de demande transmis par l'intermédiaire du site Web et du Bureau de conseil financier aux patients. National Jewish Health se servira de la demande qui comprend des définitions et des critères reposant sur le Programme de soins aux indigents du Colorado (Colorado Indigent Care Program). Des informations sur l'assistance financière de National Jewish figurent sur les déclarations des patients, des panneaux d'affichage dans l'établissement, dans les dossiers des nouveaux patients. La ligne de service à la clientèle des services financiers aux patients se tient également à leur disposition pour répondre à toutes les demandes de renseignements. Les patients intéressés ou ayant fait la preuve de besoins financiers sont encouragés à contacter le Bureau de conseil financier.

Lorsqu'ils se mettent en contact avec le Bureau de conseil financier, les patients reçoivent une liste des documents requis pour faire une demande d'aide financière. Les patients peuvent envoyer leurs documents par courrier, fax, courrier électronique ou les déposer. Un conseiller financier compilera toutes les données et complètera la demande. Le processus de demande déterminera l'aide financière en fonction des niveaux fédéraux de pauvreté jusqu'à 400 % et déterminera les tickets modérateurs ou le pourcentage de réduction approuvé. Les patients admissibles pouvant bénéficier d'une aide financière ne seront en aucun cas facturés plus que les montants généralement facturés (AGB) aux patients qui sont couverts par le dispositif Medicare à l'acte, ou une assurance santé privée pour des services médicaux similaires. Voir l'Annexe C.

Les annexes à cette politique et à la demande seront modifiées pour tenir compte des circonstances / conditions actuelles.

## LIGNES DIRECTRICES

- I. Les demandeurs ne résidant pas dans le Colorado qui présentent une demande dans le cadre du programme NJFAP en tant que couverture principale doivent fournir une preuve actualisée du refus du service Medicaid de leur état de résidence, le cas échéant. En cas de besoin financier, mais si le patient ne peut prétendre à aucune aide, les conseillers financiers détermineront si le patient est admissible au NJFAP.
- II. Les patients qui sont admissibles à l'inscription à d'autres programmes, dont, mais sans s'y limiter : Medicare Part B, Medicare Part D, les plans d'échange d'états des résidences, Medicaid, les programmes CHIP, mais qui refusent de s'y inscrire ou ne respectent pas les exigences des demandes d'autres programmes - ne pourront pas prétendre au droit à la demande de NJFAP.
- III. La période d'éligibilité initiale pour le NJFAP est de 12 mois. Chaque patient devra présenter une nouvelle demande à la fin de chaque période de 12 mois pour continuer à bénéficier du programme. En cas de modification de la situation financière pendant la (les) période(s) de douze mois initiale(s) ou subséquente(s), telle que le revenu ou la situation familiale, une demande mise à jour ou une nouvelle demande doit être complétée. Les demandeurs sont tenus d'informer le Bureau national de conseil financier de National Jewish Health dans un délai de 30 jours après tout changement au niveau des revenus, de la situation familiale, de la couverture et des régimes d'assurance.
- IV. Les services financiers aux patients conservent tous les documents financiers relatifs aux demandes pendant sept (7) ans.
- V. Les patients qui ont une couverture d'assurance, en particulier pharmaceutique, par le biais d'une assurance santé commerciale, d'indemnisation des travailleurs, de Medicaid ou d'autres régimes d'assurance, doivent d'abord utiliser et épuiser leurs prestations d'assurance. Les patients dont les régimes d'assurance leur refusent l'accès à nos locaux ne sont pas admissibles. On considère qu'un plan refuse l'accès s'il refuse d'autoriser le patient à se rendre à National Jewish Health ou si la couverture est trop limitée pour être efficace d'un point de vue clinique. (C'est-à-dire que l'assurance couvre uniquement les visites de médecins ou les régimes d'assurance qui obligent leurs membres à utiliser les prestataires de leur réseau obligatoire, des plans de pharmacie qui sont sujets à des restrictions / limitations pharmaceutiques).
- VI. Le NJFAP est disponible pour aider les patients en ce qui concerne les coassurances, les franchises, (à l'exception de la coassurance, des franchises et des tickets modérateurs requis par Medicaid, CICIP ou d'autres programmes fondés sur les besoins, ou les tickets modérateurs résultant des services d'un médecin) pour les services reçus et prescrits par un prestataire de National Jewish Health dans les locaux de National Jewish Health.
- VII. Les patients peuvent présenter une demande d'aide financière de manière rétroactive jusqu'à 240 jours à partir de la première date où le solde a été affecté à l'autofinancement.
- VIII. Les demandeurs admissibles à un programme de Medicaid à l'extérieur de l'État en tant qu'assureur secondaire peuvent faire une demande au bénéfice de NJFAP si National Jewish Health n'est pas inscrit dans le cadre du programme Medicaid extérieur à l'État. Les exigences des programmes d'assurance primaires ou secondaires doivent toujours être respectées. Le NJFAP sera toujours le payeur de dernier recours.

- IX. National Jewish Health se réserve le droit d'examiner toutes les informations reçues, y compris l'historique des paiements d'un demandeur, dans le cadre du traitement de la demande.
- X. Les patients qui ne paient pas à temps ou en défaut de paiement perdront leur admissibilité à l'assistance financière (y compris par la rétractation d'une admissibilité rétroactive).
- XI. Les patients qui refusent de fournir la documentation demandée ou fournissent des informations incomplètes après 30 jours à compter de la date de la demande ne seront pas admissibles.
- XII. Pour tout service de médecin de NJH fourni dans un autre établissement, NJH peut honorer l'assistance financière établie dans cette institution. La réduction d'assistance financière appliquée serait le taux AGB publié sur le site Web de National Jewish Health.
- XIII. Les patients ont 15 jours à compter de la date d'approbation / de refus pour demander un recours administratif. Le superviseur du service de conseil financier présentera toutes les demandes d'appel en recours administratif au gestionnaire des services financiers aux patients. Il n'existe aucune garantie d'approbation de ces appels.
- XIV. Les patients qui font des demandes d'assistance financière mensongères, ou refusent de divulguer toute information faisant partie des exigences de la demande, ne seront plus admissibles au programme et devront assumer tous les frais encourus pendant leur inscription au programme rétroactivement jusqu'au premier jour d'engagement de frais dans le cadre du programme.
- XV. Toutes les exceptions à cette politique seront subordonnées à l'approbation de la direction.

---

**REVU PAR:**

**Christine Forkner, John Frantz, Maricella Bulger, Tanya Tenorio**

## FAP Annexe A



### **Sites autorisés sous licence par National Jewish Health :**

- National Jewish Health (principal campus) 1400 Jackson Street, Denver, CO 80206
- NJH Sleep Center Englewood 7877 South Chester Street, Englewood, CO 80112
- NJH Highlands Ranch 8671 S. Quebec St. Suite 120, Highlands Ranch, CO 80130
- NJH South Denver 499 East Hampden Ave. Suite 300, Englewood, CO 80113
- NJH Northern Hematology Oncology 9451 Huron St., Thornton, CO 80260
- NJH Western Hematology Oncology 400 Indiana St., Suite 230 Golden, CO 80401

**FAP Annexe B**



**Services de National Jewish Health facturés par un médecin/groupe indépendant :**

- US Anesthesia Partners of Colorado
- Blue Sky Neurology

## ANNEXE C

## ASSISTANCE FINANCIERE TABLEAU DES REVENUS ET DEDUCTIONS

TABLE 1 : FOURCHETTES DES REVENUS DES FAMILLES POUR L'ASSISTANCE FINANCIERE

TAILLE DE LA FAMILLE	100 % FPL	150 % FPL	200 % FPL	250 % FPL	300 % FPL	350 % FPL	400 % FPL
1 PERSONNE	\$12,140	\$18,210	\$24,280	\$30,350	\$36,420	\$42,490	\$48,560
2 PERSONNES	\$16,460	\$24,690	\$32,920	\$41,150	\$49,380	\$57,610	\$65,840
3 PERSONNES	\$20,780	\$31,170	\$41,560	\$51,950	\$62,340	\$72,730	\$83,120
4 PERSONNES	\$25,100	\$37,650	\$50,200	\$62,750	\$75,300	\$87,850	\$100,000
5 PERSONNES	\$29,420	\$44,130	\$58,840	\$73,550	\$88,260	\$100,000	\$100,000
6 PERSONNES	\$33,740	\$50,610	\$67,480	\$84,350	\$100,000	\$100,000	\$100,000
7 PERSONNES	\$38,060	\$57,090	\$76,120	\$95,150	\$100,000	\$100,000	\$100,000
8 PERSONNES	\$42,380	\$63,570	\$84,760	\$100,000	\$100,000	\$100,000	\$100,000

- TAILLE DE LA FAMILLE : POUR CHAQUE MEMBRE DE LA FAMILLE SUPPLEMENTAIRE AU-DELA DE 8 MEMBRES, AJOUTER 4160 \$ AUX REVENUS. LES PATIENTS DONT LES REVENUS DE LA FAMILLE SONT SUPERIEURS A 100000 \$ NE PEUVENT PAS PRETENDRE A L'ASSISTANCE FINANCIERE, QUELLE QUE SOIT LA TAILLE DE LA FAMILLE.

- FPL : LE NIVEAU DE PAUVRETE FEDERAL EST DETERMINE ANNUELLEMENT PAR LE DEPARTEMENT DE LA SANTE ET DES SERVICES SOCIAUX.

TABLEAU 2 : MONTANT DES REMISES ET RESPONSABILITE DU PATIENT

REVENUS DU MENAGE DU PATIENT	MOINS DE 100 % FPL	101 % - 150 % FPL	151 % - 200 % FPL	201 % - 250 % FPL	251 % - 300 % FPL	301 % - 400 % FPL		
REMISE AU PATIENT						60%		
LE PATIENT PAIE	TICKETS MODERATEU R	TICKETS MODERATEU R	TICKETS MODERATEU R	TICKETS MODERATEU R	40%	AGB		
<b>TICKETS MODERATEURS</b>								
HOSPITALISATION (PAR SEJOUR)	22 - 235 \$	330 - 450 \$	585 - 900 \$	945 \$				
TRAITEMENT AMBULATOIRE / MEDECIN (PAR JOUR)	15 - 30 \$	30 - 35 \$	35 - 45 \$	50 \$				
AUTRE TRAITEMENT AMBULATOIRE (PAR CONSULTATION)	30 - 185 \$	250 - 335 \$	425 - 645 \$	680 \$				