

TITRE:

Politique d'aide financière aux hôpitaux (aide caritative)

DÉCLARATION RELATIVE AUX RÉSULTATS :

La politique d'aide financière de SSM Health identifie des opportunités d'aide financière aux patients qui sont indigents sur le plan financier ou médical et démontrent une incapacité à payer les services qui leur sont fournis personnellement ou qui sont fournis aux personnes qu'ils ont à charge. La politique d'aide financière (FAP) fournit et établit des directives applicables à l'ensemble du système concernant l'aide financière, assurant ainsi la conformité avec toutes les directives des états, fédérales et règlementaires.

SSM Health s'engage à fournir une aide financière aux personnes qui ont des besoins en matière de santé mais ne sont pas assurés ou sont sous-assurés. Conformément à sa mission qui consiste à fournir des services de santé compatissants, de haute qualité et abordables, et à défendre les personnes pauvres et défavorisées, SSM Health s'efforce de s'assurer que la capacité financière de ceux qui ont besoin de services de santé ne les empêche pas de solliciter ni de recevoir des soins. SSM Health fournira, sans discrimination, des soins d'urgence médicales aux individus, indépendamment de leur éligibilité à l'aide financière ou à une aide du gouvernement.

Par conséquent, cette politique :

- inclut des critères d'éligibilité à l'aide financière,
- décrit la base du calcul des Sommes généralement facturées (AGB) aux patients admissibles à l'aide financière en vertu de la politique,
- décrit la méthode par laquelle les patients peuvent demander l'aide financière, et
- limite les sommes que l'hôpital facturera pour une urgence ou une prise en charge médicalement nécessaire d'un autre type fournie aux individus admissibles à l'aide financière à la AGB.
- Liste des aides financières et autres réductions pouvant être accordées aux patients.

L'aide financière n'est pas considérée comme un substitut à la responsabilité individuelle. Il est attendu des patients qu'ils coopèrent avec les procédures de SSM Health pour l'obtention de l'assurance disponible ou d'autres formes de paiement, et contribuent au coût de leur prise en charge selon leur capacité individuelle à payer. Les individus qui ont la capacité financière d'acheter une assurance-santé seront encouragés à le faire pour garantir leur accès aux services de santé, pour leur état de santé personnel général, et pour la protection de leurs actifs individuels. SSM Health pourra à tout moment définir et réviser les critères déterminant l'éligibilité à l'aide financière.

Pour gérer ses ressources de manière responsable et permettre à SSM Health de fournir le niveau d'aide approprié au maximum de personnes dans le besoin, le Conseil d'administration établit les directives suivantes concernant la fourniture d'une Aide financière aux patients.

* Tel qu'exigé par la réglementation CMS §482.12 A-0043 Conditions de participation : Organe de gestion, les hôpitaux suivants sont inclus comme entités SSM : **Missouri** : (1) SSM Health St. Mary's Hospital – St. Louis et SSM Health Cardinal Glennon Children's Hospital, (2) SSM Health DePaul Hospital – St. Louis, (3) SSM Health St. Clare Hospital – Fenton, (4) SSM Health St. Joseph Hospital – Lake St. Louis, (5) SSM Health St. Joseph Hospital – St. Charles and SSM Health St. Joseph Hospital – Wentzville, (6) SSM Health Saint Louis University Hospital, (7) SSM Health St. Francis Hospital – Maryville, (8) SSM Health St. Mary's Hospital – Jefferson City, (9) SSM Health St. Mary's Hospital – Audrain, **Oklahoma** : (1) St. Anthony Hospital et Bone & Joint Hospital at St. Anthony, (2) St. Anthony Shawnee Hospital, **Wisconsin** : (1) SSM Health St. Mary's Hospital - Madison, (2) SSM Health St. Clare Hospital - Baraboo, (3) SSM Health St. Mary's Hospital - Janesville, **Illinois** : (1) SSM Health St. Mary's Hospital – Centralia et (2) SSM Health Good Samaritan Hospital – Mt. Vernon

PORTÉE :

Cette politique s'applique à tous les hôpitaux SSM Health*.

INFORMATIONS RELATIVES À LA CONSERVATION DES DOSSIERS :

Date originale d'entrée en vigueur : 31/10/2012

Dates de révision : 15/06/2015, 01/08/2016, 10/01/2017, 14/05/2018

Auteur(s) : Julie Underwood, Directrice, Centre des services aux patients
Réviseurs : Paul Sahney, Vice-président du système de gestion des revenus
Kris Zimmer, Directeur financier

Organisme ou personne ayant approuvé la politique pour la dernière fois : Laura Kaiser, Présidente/PDG
Date d'approbation : 24 mai 2018

DÉFINITIONS :

- I. **Période de demande** : Définie comme le délai fourni aux patients par l'hôpital pour compléter leur demande d'aide financière. Elle commence dès le premier jour de la fourniture de soins et s'achève le 240^{ème} jour après que l'hôpital ait fourni à l'individu la première facture post-sortie pour les soins fournis.
- II. **Zone de service admissible** : La zone géographique, identifiée comme un groupe de codes postaux, dont sont originaires 75 % des patients quittant l'hôpital pour tous les hôpitaux.
- III. **Taille de la famille** : La taille de la famille est définie par le service des impôts (IRS) et correspond au nombre de personnes pour lesquelles le contribuable bénéficie d'une déduction sur sa déclaration de revenus. Si la documentation fiscale de l'IRS n'est pas disponible, la taille de la famille sera déterminée selon le nombre de membres de la famille documentés et vérifiés sur la demande d'aide financière.
- IV. **Revenu de la famille** : Le revenu de la famille est déterminé selon la définition du Bureau du recensement, qui utilise les revenus suivants pour calculer le niveau fédéral de pauvreté (FPL) :
 - A. Inclut les revenus, allocations-chômage, indemnités d'accident du travail, indemnités de sécurité sociale, allocation supplémentaire de revenu de sécurité, aide sociale, aide aux vétérans, pension de réversion, pension ou retraite, intérêts, dividendes, loyers, redevances, revenus immobiliers, fiducies, aide scolaire, pension alimentaire, aide extérieure au foyer, et autres sources diverses ;
 - B. Les bénéfices non liquides (tels que les coupons alimentaires et allocations logement) ne comptent pas ;
 - C. Déterminé sur une base avant impôts ;
 - D. Exclut les gains et pertes en capitaux ; et
 - E. Inclut les revenus de tous les membres de la famille qui sont pris en compte dans la taille de la famille. (Les personnes sans lien de parenté, comme les colocataires, ne comptent pas).
- V. **Niveau fédéral de pauvreté (FPL)** : Le revenu brut minimum dont une famille a besoin pour se nourrir, se vêtir, se déplacer, se loger et pour d'autres nécessités. Il est déterminé par le département de la Santé et des Services sociaux et est ajusté en fonction de l'inflation et rapporté chaque année sous la forme de directives en matière de pauvreté.

- VI. **Aide financière** : désigne des services de santé gratuits ou à prix réduit fournis aux personnes qui ne peuvent pas payer, en tout ou en partie, leurs créances financières relatives aux services de santé et qui remplissent les critères de la politique d'aide financière de SSM Health.
- VII. **Indigence financière** : Les personnes indigentes sur le plan financier incluent les personnes qui ne sont pas assurées ou qui sont sous-assurées et qui remplissent les critères d'éligibilité d'un établissement pour bénéficier d'une prise en charge à prix réduit, pouvant aller jusqu'à une réduction de 100 %.
- VIII. **Indigence médicale** : Les patients indigents sur le plan médical incluent les personnes qui encourent des frais médicaux catastrophiques et pour lesquels le paiement des factures médicales menacerait la viabilité financière du foyer. Pour obtenir le statut de patient médicalement indigent, il n'est pas nécessaire d'obtenir le statut de personne financièrement indigente. En règle générale, les personnes indigentes sur le plan médical peuvent bénéficier de réductions de leurs obligations à payer les services médicaux fournis. Le programme d'indigence médicale tient compte de la capacité du patient à payer sans liquider ses actifs essentiels pour vivre ou pour gagner sa vie, comme sa maison, sa voiture, ses affaires personnelles, etc. Tous les patients sont admissibles à demander le statut d'indigent sur le plan médical, à l'exception des patients dont le revenu est inférieur à 200 % du FPL, car ces patients sont considérés comme admissibles à l'aide financière à hauteur de 100 % selon la définition de l'indigence financière.
- IX. **Services médicalement nécessaires** : définis par Medicare comme les services ou fournitures raisonnables et nécessaires au diagnostic, à la prévention ou au traitement d'une maladie, blessure ou affection.
- X. **Créances du patient** : La somme pour laquelle un patient est personnellement responsable de payer une fois que toutes les réductions disponibles, y compris la réduction pour absence d'assurance, la réduction d'aide financière et la réduction due à la limite des frais facturés aux patients conformément à la réglementation 501 (r).
- XI. **Collectivité ordinaire** : Un groupe basé sur la foi, lié par les affaires, la culture partagée et une vie simple (par exemple, les Amish, les Mennonites)
- XII. **Éligibilité à l'aide caritative présomptive** : SSM Health utilisera un logiciel d'analyse prédictive ou d'autres critères pour déterminer l'éligibilité d'un patient à l'aide financière dans les cas où un patient se qualifie pour l'aide financière mais n'a pas fourni la documentation nécessaire pour procéder à la détermination.
- XIII. **Sous-assuré** : Le patient bénéficie d'un certain niveau d'assurance ou de l'aide d'un tiers, mais encourt néanmoins des frais directs au-delà de sa capacité financière.
- XIV. **Sans assurance** : Le patient n'est pas couvert par une assurance pour les soins médicalement nécessaires fournis.

PROCESSUS :

- I. **Services admissibles** : Aux fins de cette politique, tous les services d'urgence et médicalement nécessaires fournis par l'établissement hospitalier sont admissibles.
Les services de santé suivants ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires et ne sont pas admissibles en vertu de cette politique :
 - A. Traitement cosmétique et/ou intervention sans rapport avec une malformation congénitale ou défiguration physique grave causée par une blessure ou une maladie, jugé(e) non médicalement nécessaire par un médecin agréé.
 - B. Intervention bariatrique jugée non médicalement nécessaire par un médecin agréé.
 - C. Tout autre service ou intervention qu'un médecin agréé juge non médicalement nécessaire.
- II. **Éligibilité à l'aide financière** : L'éligibilité à l'aide financière sera considérée pour les personnes qui :
 - A. Disposent d'une assurance santé limitée ou inexistante ;
 - B. Coopèrent avec les politiques et procédures de SSM Health ;

- C. Démontrent leur nécessité financière ;
- D. Fournissent toutes les informations demandées pour le traitement de leur demande ; et
- E. Remboursent à l'hôpital toutes les sommes versées directement au patient par son assurance.

L'octroi d'une aide financière sera basé sur une détermination individualisée du besoin financier et ne prendra pas en compte la race, la couleur de peau, l'origine nationale, la religion, le sexe, l'identité de genre, l'orientation sexuelle, les handicaps, l'âge, la situation de famille, le statut socio-économique, ou la source de paiement. Toute détermination à l'égard de l'aide financière prendra effet pendant une période allant jusqu'à 60 jours. Cette éligibilité commence à compter de la date d'approbation et inclura toutes les créances non-acquittées, y compris celles qui ont été confiées à des agences de recouvrement d'impayés.

III. La nécessité financière et l'éligibilité à l'aide financière seront déterminées conformément aux procédures suivantes :

- A. **Demande** - Pour être considéré pour l'aide financière, le patient ou le garant doit compléter le formulaire de demande d'aide financière et envoyer les justificatifs requis concernant les revenus et les frais déclarés. Une demande couvrira les dettes impayées des patients pour tous les comptes ouverts du même garant ou des patients supplémentaires indiqués dans la demande et ayant la même résidence. Les demandes d'aide financière doivent être complètes et exactes et être accompagnées des justificatifs vérifiables concernant les revenus et/ou actifs ainsi que les frais inhabituels.

Les patients peuvent également soumettre une demande verbalement, soit par téléphone en s'adressant à un représentant de l'aide financière, soit en personne auprès d'un conseiller financier. Le représentant de l'aide financière ou le conseiller financier documentera les réponses du patient sur le formulaire de demande et le patient vérifiera et attestera de la véracité de toutes les informations fournies. Tous les justificatifs doivent être fournis pour que la demande soit considérée comme complète.

Les valeurs de SSM Health relatives au respect et à l'intendance seront reflétées dans le processus de demande, la détermination des besoins financiers et l'octroi de l'aide financière. Les demandes d'aide financière seront traitées rapidement et SSM Health avisera le patient ou le demandeur par écrit dans un délai raisonnable suivant la réception d'une demande dûment complétée. Chaque patient a l'opportunité de solliciter l'aide financière avant son traitement, et tout au long de la période de demande.

Les demandes ne seront pas considérées comme complètes tant que la documentation requise n'aura pas été reçue et examinée par un analyste de l'aide financière. Les demandeurs seront avisés par écrit de la décision prise pour leur demande. Le demandeur recevra un relevé de compte actualisé reflétant toute réduction octroyée au titre de l'aide financière lors de son prochain cycle de facturation habituel.

Les demandes d'aide financière nécessitent les documents suivants (notez que les documents ne seront pas acceptés s'ils sont modifiés) :

1. Demande écrite/verbale dûment remplie
2. Relevés de compte courant/épargne des trois derniers mois
 - a) Une explication des dépôts/frais inhabituels figurant sur les relevés de compte/épargne
 - b) Les documents doivent refléter tous les dépôts.
3. Justificatifs des revenus du demandeur.
 - a) Les justificatifs des revenus peuvent inclure (liste non exhaustive) : fiches de paie, fiches d'allocation-chômage, lettres d'attribution/chèques de la sécurité sociale, lettres d'attribution d'indemnité d'invalidité, justificatifs de pension alimentaire et justificatifs de pension de retraite.
 - b) Si la dernière déclaration remplie par le garant était une déclaration maritale ou conjointe, il doit également envoyer les justificatifs des revenus du conjoint.
4. Déclaration de revenus
 - a) Dernière déclaration de revenus ou lettre de non-déclaration de l'IRS. La déclaration d'impôts doit être accompagnée de tous les échéanciers (A-F) et documents (W2, 1099) justificatifs pour être considérée comme complète.

5. Lettre d'approbation/refus de Medicaid
 - a) Cette exigence s'applique uniquement si le conseiller financier de l'hôpital a pré-sélectionné le patient pour l'éligibilité à Medicaid.
 - b) Si le patient est pré-sélectionné comme potentiellement admissible, il doit coopérer avec le processus de demande de Medicaid pour être admissible à l'aide financière de SSM Health.
6. Les documents supplémentaires qui peuvent être demandés (pour qualifier le patient à l'indigence médicale) incluent :
 - a) Justificatifs des dépenses mensuelles
 - b) Toutes les factures médicales, de logement et toute autre facture essentielle aux besoins vitaux.
 - c) Une déclaration de revenus/déclaration de soutien

B. Prise en compte des avoirs du patient : Les avoirs disponibles d'un montant supérieur à 5 000 dollars, à l'exception des avoirs protégés énumérés ci-dessous, seront ajoutés au revenu de l'année en cours pour déterminer le niveau de l'aide financière à offrir au patient.

Les avoirs protégés incluent :

1. 50 % du capital-actions en résidence principale jusqu'à 50 000 \$;
 2. Véhicules à usage professionnel ;
 3. Outils ou équipements utilisés à des fins d'activité professionnelle ; équipement raisonnable nécessaire pour rester en activité professionnelle ;
 4. Biens à usage personnel (vêtements, articles ménagers, meubles) ;
 5. IRAs (comptes de retraite personnels), 401K, plans de retraite avec valeur de rachat ;
 6. Primes financières reçues en cas d'urgence catastrophique non médicale ;
 7. Fiducies irrévocables à des fins d'enterrement, plans de funérailles payés d'avance ; et/ou
 8. Plans d'épargne des collèges administrés par les gouvernements fédéral et étatiques.
- C. Éligibilité à l'aide financière présomptive.** SSM Health comprend que certains patients soient dans l'incapacité de remplir un formulaire de demande d'aide financière. L'éligibilité des patients à une aide financière sera donc établie à l'aide de sources de données tierces disponibles comme les agences de crédit. (Voir l'Annexe C pour les critères de pointage de revenu et de crédit). De plus, une aide financière présumée sera accordée aux patients sans abri ou ayant reçu des soins d'une clinique pour sans-abri, aux patients décédés sans succession connue ou aux patients ayant été relaxés par les tribunaux de faillite.
- D. Demandes incomplètes :** Toutes les demandes incomplètes recevront une lettre de notification détaillant les informations nécessaires pour remplir les exigences de documentation aux fins d'éligibilité. Si le demandeur envoie une documentation incomplète une seconde fois, il recevra une lettre et un appel téléphonique l'avisant que sa demande est incomplète.

Les demandes d'aide financière peuvent être renvoyées à un conseiller financier de l'hôpital qui a fourni les soins, ou elles peuvent être envoyées par courrier à :

SSM Health
À l'attention de : Financial Assistance
PO Box 28205
St. Louis, MO 63132
Fax : (314) 989-6734
E-mail : financialaid@ssmhealth.com

Les questions concernant la politique d'aide financière peuvent être adressées au service clientèle de SSM Health, 855-989-6789.

- IV. **Zones de service admissible** : L'admissibilité à l'aide financière peut être limitée aux résidents des zones de services admissibles par les entités opérationnelles de SSM Health. Les entités opérationnelles de SSM Health peuvent limiter l'aide financière exclusivement aux zones de service admissibles si l'année passée :
- A. la marge d'exploitation est négative ; ou
 - B. le coût de la prise en charge caritative en pourcentage des dépenses totales est supérieur à trois (3) pour cent.
- Les entités opérationnelles de SSM Health qui satisfont ces critères doivent soumettre une demande écrite au Directeur général de la mission d'intégration accompagnée des données justificatives, et doivent recevoir son approbation formelle avant d'imposer des restrictions à l'aide financière octroyée aux résidents des zones de service admissibles.
- V. **Coopération pour établir la couverture** : SSM Health, soutenu par des prestataires spécialisés, aidera de manière proactive les patients à postuler à des programmes publics et privés afin d'établir une couverture pour les services de soins de santé. SSM Health peut refuser un soutien financier aux personnes qui ne coopèrent pas pour postuler à des programmes (par exemple, Medicaid, COBRA, Ticket to Work) pouvant payer pour leurs services de soins de santé.
- VI. **Services hors réseau** : Les hôpitaux SSM Health ne sont pas connectés en réseau pour certains régimes d'assurance. En tant que prestataire hors réseau, SSM Health ne peut recevoir aucun remboursement de la part de la compagnie d'assurance. Les patients qui recherchent des services dans des hôpitaux SSM Health, en dehors du réseau de leur régime d'assurance, ne sont pas admissibles à une aide financière si d'autres prestataires de la zone de service éligible de l'hôpital SSM ont des prestataires en réseau capables de fournir le service.
- VII. **Patients internationaux/en transit** : L'aide financière ne sera pas disponible pour les patients internationaux/en transit.
- VIII. **Patients d'une collectivité ordinaire** : En raison de l'incapacité de ces patients à coopérer pour postuler à une couverture d'assurance et à la fourniture des documents justificatifs nécessaires, ces patients ne seront pas admissibles à une aide financière. Une réduction (voir l'article IX) sera offerte aux patients d'une collectivité ordinaire.
- IX. **Réductions pour les patients** :
- A. **Réductions pour absence d'assurance** : SSM Health octroie une réduction sur les frais bruts à tous les patients non-assurés (Voir Annexe A).
 - B. **Réductions caritatives** : SSM Health octroie une réduction à titre caritatif aux patients admissibles d'après les directives relatives au niveau fédéral de pauvreté. La réduction caritative est appliquée aux créances restantes du patient après le paiement de l'assurance pour les patients assurés, et après la réduction pour absence d'assurance pour les patients non-assurés (Voir l'Annexe B).
 - C. **Réduction pour une collectivité ordinaire** : Les membres d'une collectivité ordinaire bénéficieront d'une réduction allant jusqu'à 10 points de pourcentage en deçà de la moyenne des primes Medicare payantes et de l'assurance maladie privée.
 - D. **Réductions pour événement imprévisible** : Les patients peuvent bénéficier d'une réduction au cas par cas d'après leur situation spécifique, notamment en cas de maladie catastrophique ou d'indigence médicale, à la discrétion de SSM Health. Dans ces cas, d'autres facteurs peuvent être pris en considération pour déterminer leur éligibilité à des services à tarif réduit ou gratuits, notamment :
 1. Comptes bancaires, investissements et autres actifs
 2. Statut professionnel et capacité de revenu
 3. Montant et fréquence des factures pour services de santé
 4. Autres obligations et dépenses financières
 5. En règle générale, la responsabilité financière ne dépassera pas 25 % du revenu brut de la famille.

6. Attestation(s) de revenus/soutien pour déterminer le FPL, dans le cas où des documents sont manquants (« déclaration de revenus/déclaration de soutien »), et
7. Rapport(s) de solvabilité

X. **Somme généralement facturée (AGB)/Limite des frais** : SSM Health limite la somme facturée pour les soins d'urgence et médicalement nécessaires qui sont fournis aux patients admissibles à l'aide financière en vertu de cette politique afin qu'elle ne dépasse pas les frais bruts pour la prise en charge multipliés par le pourcentage AGB. Le pourcentage AGB est déterminé selon la méthode du retour en arrière. (Voir Annexe D).

Le pourcentage AGB est calculé au niveau de l'hôpital, au minimum une fois par an, et est mis en œuvre dans un délai n'excédant pas 120 jours après la fin de la période de 12 mois utilisée ci-dessus.

XI. **Lien avec les politiques de recouvrement** : Il est attendu des patients/garants qu'ils payent le solde de leur compte qui ne bénéficie pas de l'aide financière en vertu de cette politique. Les patients/garants qui ne payent pas leur solde une fois que les réductions associées ont été appliquées seront soumis aux procédures de recouvrement normales. Veuillez consulter la politique de facturation et de recouvrement de SSM pour un calendrier complet des activités de recouvrement auxquelles un compte sera soumis. Une copie de la politique de facturation et de recouvrement de SSM pourra être obtenue sans frais en appelant le service clientèle (855-989-6789) ou auprès d'un conseiller financier dans tout hôpital local de SSM Health.

XII. **Prestataires couverts**: Une liste des prestataires couverts par cette politique et de ceux qui ne le sont pas est disponible sur le site <https://www.ssmhealth.com/SSMHealth/media/Documents/SSM-Health-Provider-Listing-all-facilities-FAP.pdf>.

Toute question concernant l'inclusion ou l'exclusion de prestataires qui sont couverts en vertu de cette politique doit être adressée au service clientèle de SSM Health au (855) 989-6789.

XIII. **Exigences réglementaires** : Dans le cadre de l'application de cette politique, la direction et les établissements de SSM Health doivent se conformer à toutes les autres lois, règles et réglementations fédérales, des états et locales susceptibles de s'appliquer aux activités menées en vertu de cette politique.

XIV. **Documentation** : Le service commercial aux patients conservera des registres des demandes d'aide financière, des déterminations relatives à l'aide financière et des notifications adressées aux patients, afin de documenter la mise en œuvre équitable et cohérente de cette politique, conformément à notre politique de rétention et de destruction des registres.

XV. **Rapport annuel** : Chaque hôpital devra rapporter les informations relatives à l'aide financière et aux services non pris en charge pour Medicaid et les autres programmes d'aide publique destinés aux indigents dans la documentation annuelle de divulgation et dans le logiciel CBISA (Community Benefit Inventory for Social Accountability - inventaire des bénéfices communautaires pour la responsabilisation sociale).

Les informations à recueillir incluront :

1. Nombre total de personnes servies ;
2. Total des frais annulés ;
3. Coût total de l'aide financière telle que définie dans la présente politique et ;
4. Frais encourus pour l'apport de l'aide financière

Les taxes, évaluations ou frais relatifs aux prestataires ou fonds DSH de Medicaid dans l'état concerné sont utilisés, en totalité ou en partie, pour compenser le coût de l'aide financière.

XVI. **Questions relatives à la politique** : Si des questions opérationnelles sont soulevées quant à l'application de certaines directives contenues dans cette politique, elles doivent être référées au Directeur du centre des services au patient ou au Vice-président du système de gestion des revenus. Le Directeur général de l'intégration de la mission doit examiner toutes les directives supplémentaires relatives à la mise en œuvre et les renvoyer à la gestion du système pour examen et approbation.

Annexe A : Réduction pour absence d'assurance

Région	Réduction sur les frais bruts pour absence d'assurance
Oklahoma	45 %
Wisconsin	23 %
Southern Illinois	20 %
Maryville	15 %
Mid-Missouri	35 %
Saint Louis (sauf le St. Louis University Hospital)	40 %
Saint Louis University Hospital	60 %

Les réductions pour les non-assurés sont établies dans une fourchette de 55 % à 65 % de la réduction commerciale moyenne pour chaque région.

Annexe B : Réductions caritatives

Échelle d'éligibilité variable basée sur le niveau fédéral de pauvreté pour toutes les régions.

Niveau fédéral de pauvreté	Réduction au titre de l'aide financière
0 % - 200 %	100 %
201 % - 250 %	80 %
251 % - 300 %	60 %
301 % - 350 %	50 % de la somme au-delà de 2 000 \$
351 % - 400 %	20 % de la somme au-delà de 2 000 \$
Plus de 400 %	0 %

Annexe C : Éligibilité à l'aide financière présumptive

des patients sans assurance

Niveau fédéral de pauvreté	Score de crédit-santé	Réduction au titre de l'aide financière
0 % - 200 %	< 620	100 %
201 % - 250 %	< 620	80 %
251 % - 300 %	< 620	60 %
301 % - 350 %	< 620	50 % de la somme au-delà de 2 000 \$
351 % - 400 %	< 620	20 % de la somme au-delà de 2 000 \$

Patients assurés

Niveau fédéral de pauvreté	Score de crédit-santé	Réduction au titre de l'aide financière
0 % - 200 %	< 620	100 % de la somme au-delà de 2 000 \$

Annexe D : Limite des frais/AGB

Hôpital	Méthode
SSM St. Mary's Health Center, St. Louis, MO	1
SSM Cardinal Glennon Children's Hospital	1
SSM DePaul Health Center	1
SSM St. Clare Health Center	1
SSM St. Joseph Hospital West	1
SSM St. Joseph Health Center	1
SSM St. Joseph Health Center-Wentzville	1
St. Francis Hospital & Health Services	1
SSM Health St. Mary's Hospital – Jefferson City	1
St. Mary's Hospital - Centralia	1
Saint Louis University Hospital	3
St. Anthony Hospital	1
St. Anthony Shawnee Hospital	1
Bone & Joint Hospital at St. Anthony	1
St. Mary's Hospital Madison, WI	1
St. Clare Hospital Baraboo, WI	1
St. Mary's Janesville, WI	1
Good Samaritan Regional Health Center	1
St. Mary's Hospital Centralia, Illinois	1

Méthodes :

- a) Selon cette méthode, toutes les prestations payées par le système de rémunération à l'acte Medicare et par les assurances-santé privées au cours des 12 derniers mois sont prises en compte. Pour ces prestations, la somme de tous les montants remboursables admissibles est divisée par la somme des frais bruts associés.
- b) En vertu de cette méthode, l'hôpital établit le montant généralement facturé (AGB) comme correspondant au montant qui, selon l'hôpital, serait le montant total que Medicare ou Medicaid permettrait pour les soins en question (y compris le montant qui serait remboursé par Medicare ou Medicaid et le montant que le bénéficiaire devra personnellement payer sous forme de co-paiements, co-assurance, et franchises).