

|  |   |   |
|--|---|---|
| <p style="text-align: center;"><b>Ascension Saint Agnes</b><br/>Manuel des politiques et procédures du système</p>   | <p style="text-align: center;"><b>Page 1 sur 25</b></p>   | <p style="text-align: center;"><b>SYS FI 05</b></p> |
| <p><b>Objet :</b></p> <p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes<br/>Politique d'assistance financière</p>   | <p><b>Date réelle :</b> 2/05</p>  |   |
|  | <p><b>Examen :</b><br/><b>Révisé :</b> 11/90, 1/91, 6/91, 4/98, 3/01, 3/03, 6/08,<br/>9/09, 6/16, 7/17, 7/18, 7/19, 2/20, 6/20, 10/20,<br/>1/21, 4/21, 7/21, 12/21, 03/22</p> |   |
| <p>Approbations :</p> <p style="padding-left: 40px;">Finale - Président/PDG : _____ Date : _____</p> <p style="padding-left: 40px;">Concurrence : _____ Date : _____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Les politiques entrent en vigueur 30 jours après leur signature par le PDG.)</i></p> |   |   |

## **POLITIQUE/PRINCIPES**

La politique des Organisations désignées ci-dessous dans ce paragraphe (chacune étant désignées par le terme « Organisation ») vise à assurer une pratique socialement juste pour la fourniture de soins d'urgence ou d'autres soins médicalement nécessaires dans les établissements de l'Organisation. Cette politique est spécifiquement élaborée pour établir les conditions d'admissibilité à une aide financière des patients qui en ont besoin et qui bénéficient de soins de la part de l'Organisation. Cette politique s'applique à chacune des Organisations suivantes au sein d'Ascension Saint Agnes :

Hôpital Ascension Saint Agnes, groupe médical Ascension, Seton Imaging, laboratoire mobile, groupe de spécialistes intégré, services professionnels de radiologie, services professionnels d'anesthésie

1. Toutes les aides financières mises en œuvre reflèteront notre engagement et notre souci de la dignité humaine et du bien commun, notre préoccupation particulière et notre solidarité vis-à-vis des personnes vivant dans la pauvreté et les personnes vulnérables, ainsi que notre engagement envers une justice et une gestion équitables.
2. Cette politique s'applique à tous les soins d'urgence et à d'autres soins médicalement nécessaires fournis par l'Organisation, comme les services des médecins employés et les services de santé comportementale. Cette politique ne s'applique pas aux frais pour les soins qui ne sont pas des soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires.
3. La liste des prestataires pris en charge par la politique d'aide financière reprend la liste des prestataires dans les locaux de l'Organisation et précise si les soins sont couverts ou non par la Politique d'aide financière.

## **ÉTENDUE**

Cette politique s'applique à toutes les entités d'Ascension Saint Agnes.

## **DÉFINITIONS**

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

- « **501(r)** » désigne l'Article 501(r) de l'Internal Revenue Code (Code des impôts aux États-Unis) accompagné des réglementations qui en découlent.
- « **Montant généralement facturé** » ou « **AGB** » (Amount Generally Billed) signifie, en ce qui concerne les soins d'urgence et d'autres soins médicalement nécessaires, le montant facturé aux personnes bénéficiaires d'une assurance couvrant les soins en question.
- La « **Communauté** » signifie les patients résidents dans les localités ayant un code postal conforme à l'évaluation des besoins en santé communautaire de l'Organisation, « Community Health Needs Assessment » (CHNA) : Arbutus 21227, Brooklyn/Linthicum, 21225, Catonsville 21250, 21228, Curtis Bay 21226, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223, 21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215, 21216, 21217. Un Patient sera également considéré comme un membre de la Communauté de l'Organisation si les soins d'urgence et médicalement nécessaires dont il a besoin sont dans la continuité des soins d'urgence et médicalement nécessaires reçus dans un autre établissement d'Ascension Health, dans lequel le patient a droit à une aide financière pour de tels soins d'urgence et médicalement nécessaires.
- « **Soins d'urgence** » désigne le traitement d'une affection médicale se manifestant par des symptômes aigus d'une gravité telle (y compris, douleur intense, troubles psychiatriques et symptômes d'abus de substances) que l'absence d'une prise en charge médicale immédiate pourrait vraisemblablement :
  - a. Mettre en grand danger la santé de la personne (ou, dans le cas d'une femme enceinte, la santé de la femme ou du futur bébé) ;
  - b. Entraîner un grave trouble d'une quelconque fonction corporelle, ou
  - c. Entraîner un grave dysfonctionnement d'un organe ou d'une partie du corps.
- « **Soins médicalement nécessaires** » désigne des soins (1) appropriés, cohérents et essentiels pour la prévention, le diagnostic ou le traitement de l'état d'un patient ; (2) la fourniture ou le niveau de service le plus approprié pour l'état du patient pouvant être fourni en toute sécurité ; (3) non fourni principalement pour la commodité du patient, de la famille du patient, du médecin ou de la personne qui s'occupe du patient et (4) plus susceptible d'entraîner un bénéfice pour le patient plutôt qu'un préjudice. Pour que les futurs soins programmés soient qualifiables comme des « soins médicalement nécessaires » les soins et le calendrier de soins doivent être approuvés par le médecin-chef de l'Organisation (ou son représentant). La détermination des soins médicalement nécessaires doit être faite par un prestataire agréé fournissant des soins médicaux au Patient et, à la demande de l'Organisation, par le médecin chargé de l'admission, le médecin traitant et/ou le Chef de service médical ou tout autre médecin-conseil (selon le type de soins recommandés). Si les soins demandés par un Patient pris en charge par cette politique sont jugés ne pas être médicalement nécessaires par le médecin-conseil, cette décision doit être confirmée par le médecin chargé de l'admission ou du médecin-conseil.
- « **L'Organisation** » désigne Ascension Saint Agnes.
- « **Patient** » désigne les personnes qui reçoivent des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires au sein de l'Organisation et la personne qui est financièrement responsable des soins du patient.

### **Aide financière fournie**

L'aide financière décrite dans cette section se limite aux Patients qui résident dans la Communauté :

1. Sous réserve d'autres dispositions de la présente Politique d'aide financière, les Patients dont le revenu est inférieur ou égal à 250 % du revenu fédéral au niveau de la pauvreté (« FPL »), auront droit à des soins caritatifs à 100 % sur la partie des frais de services dont le Patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si ce patient est jugé admissible en vertu de l'évaluation de solvabilité (décrite au paragraphe 7 ci-dessous), ou s'il soumet une demande d'aide financière (une « Demande de FAP ») au plus tard le 240<sup>e</sup> jour après la première facture du patient et que la Demande est approuvée

par l'Organisation<sup>1</sup>. Le Patient aura droit à une aide financière allant jusqu'à 100 %, s'il soumet la Demande de FAP après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas, le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est alors limité au solde impayé après avoir pris en compte tout paiement effectué sur son compte, à moins qu'un remboursement ne soit exigé en vertu de la loi du Maryland et de la section 3(b) de la Politique de facturation et de recouvrement de l'Organisation.<sup>2</sup> Un Patient qui a droit à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais, moins la majoration hospitalière ou les frais de l'AGB calculés, le montant le moins élevé étant retenu.

2. Sous réserve d'autres dispositions de la présente Politique d'aide financière, les Patients dont les revenus sont supérieurs à 250 % du FPL, mais ne dépassant pas 400 % du FPL, bénéficieront d'une réduction dégressive sur la partie des frais des services fournis dont le Patient est responsable après paiement par un assureur, le cas échéant, si ce Patient soumet une Demande de FAP au plus tard le 240e jour après la première facture et si la demande est approuvée par l'Organisation<sup>3</sup>. Le Patient aura droit à l'aide financière sous forme de réduction selon un barème dégressif s'il soumet la Demande de FAP après le 240e jour suivant la première facture de sortie. Dans ce cas le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est limité au solde impayé après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du Patient. Un Patient qui a droit à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais, moins la majoration hospitalière ou les frais de l'AGB calculés, le montant le moins élevé étant retenu. Le barème dégressif est le suivant :

### **BARÈME D'AIDE FINANCIÈRE**

Au mardi 1 février 2022

---

<sup>1</sup> Conformément à l'article 19-214.1 (b) (2) (i) du Maryland Code, le revenu des Patients doit être calculé au moment du service ou mis à jour, selon le cas, pour tenir compte de tout changement dans la situation financière du patient qui survient dans les 240 jours suivant la fourniture de la facture initiale de l'hôpital.

<sup>2</sup> Conformément à la section 19-214.2(c) (1-3) du Code du Maryland, si l'Organisation découvre que le patient était admissible à des soins gratuits à une date de prise en charge spécifique (en utilisant les normes d'admissibilité de l'Organisation applicables à cette date de prise en charge) et que cette date spécifique se situe dans une période de deux (2) ans à compter de la date de prise en charge, le patient se verra rembourser les montants que l'Organisation a reçus du Patient ou du garant du patient au-delà de vingt-cinq dollars. Si l'Organisation constate un manque de coopération de la part du patient ou du garant dans la transmission des informations nécessaires à la détermination de l'éligibilité du Patient aux soins gratuits, la période de deux (2) ans peut être réduite à trente (30) jours, à compter de la date de la demande initiale d'information au Patient. Si le Patient est inscrit à un régime public de santé sous condition de ressources exigeant que le Patient paie les frais de santé lui-même, alors le Patient ne sera remboursé d'aucun montant qui pourrait lui faire perdre son éligibilité financière à cette couverture.

<sup>3</sup> Conformément à l'article 19-214.1 (b) (2) (ii) du Maryland Code, le revenu du Patient doit être calculé au moment du service ou mis à jour, selon le cas, pour tenir compte de tout changement dans la situation financière du patient qui survient dans les 240 jours suivant la fourniture de la facture initiale de l'hôpital.

**Pour les services des établissements hospitaliers uniquement (conventionnés)**

| Taille du ménage   | Soin caritatif |               |              |              | Programme d'aide financière |              |              |              |              |              |
|--------------------|----------------|---------------|--------------|--------------|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                    | 100%           | jusqu'à 200 % | jusqu'à 225% | jusqu'à 250% | jusqu'à 275%                | jusqu'à 300% | jusqu'à 325% | jusqu'à 350% | jusqu'à 375% | jusqu'à 400% |
| 1                  | 12 880 \$      | 25 760 \$     | 28 980 \$    | 32 200 \$    | 35 420 \$                   | 38 640 \$    | 41 860 \$    | 45 080 \$    | 48 300 \$    | 51 520 \$    |
| 2                  | 17 420 \$      | 34 840 \$     | 39 200 \$    | 43 550 \$    | 47 910 \$                   | 52 260 \$    | 56 620 \$    | 60 970 \$    | 65 330 \$    | 69 680 \$    |
| 3                  | 21 960 \$      | 43 920 \$     | 49 410 \$    | 54 900 \$    | 60 390 \$                   | 65 880 \$    | 71 370 \$    | 76 860 \$    | 82 350 \$    | 87 840 \$    |
| 4                  | 26 500 \$      | 53 000 \$     | 59 630 \$    | 66 250 \$    | 72 880 \$                   | 79 500 \$    | 86 130 \$    | 92 750 \$    | 99 380 \$    | 106 000 \$   |
| Remise Saint Agnes | 100%           | 100%          | 100%         | 100%         | 75%                         | 50%          | 25%          | 15%          | 12%          | 11,5%        |

**Pour honoraires professionnels (non conventionnés)\***

| Taille du ménage   | Soin caritatif |               |              |              | Programme d'aide financière |              |              |              |              |              |
|--------------------|----------------|---------------|--------------|--------------|-----------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|
|                    | 100%           | jusqu'à 200 % | jusqu'à 225% | jusqu'à 250% | jusqu'à 275%                | jusqu'à 300% | jusqu'à 325% | jusqu'à 350% | jusqu'à 375% | jusqu'à 400% |
| 1                  | 12 880 \$      | 25 760 \$     | 28 980 \$    | 32 200 \$    | 35 420 \$                   | 38 640 \$    | 41 860 \$    | 45 080 \$    | 48 300 \$    | 51 520 \$    |
| 2                  | 17 420 \$      | 34 840 \$     | 39 200 \$    | 43 550 \$    | 47 910 \$                   | 52 260 \$    | 56 620 \$    | 60 970 \$    | 65 330 \$    | 69 680 \$    |
| 3                  | 21 960 \$      | 43 920 \$     | 49 410 \$    | 54 900 \$    | 60 390 \$                   | 65 880 \$    | 71 370 \$    | 76 860 \$    | 82 350 \$    | 87 840 \$    |
| 4                  | 26 500 \$      | 53 000 \$     | 59 630 \$    | 66 250 \$    | 72 880 \$                   | 79 500 \$    | 86 130 \$    | 92 750 \$    | 99 380 \$    | 106 000 \$   |
| Remise Saint Agnes | 100%           | 100%          | 100%         | 100%         | 90%                         | 80%          | 70%          | 60%          | 55%          | 50,7%        |

\*Inclut les services suivants :

*Seton Imaging*

*Laboratoire mobile*

*Groupe médical Seton*

*Groupe médical Ascension*

*Groupe médical Saint Agnes*

*Groupe de spécialistes intégré*

*Services professionnels de radiologie*

*Services professionnels d'anesthésie*

- Sujet aux autres provisions de cette politique d'assistance financière, un patient avec i) des revenus supérieurs à 400 % du FPL, mais ne dépassant pas 500 % du FPL et ii) la créance médicale, qui comprend une créance médicale envers Ascension et tout autre prestataire de soins de santé, pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, qui est contractée par le Patient sur une période de douze (12) mois et qui est égale ou supérieure à 25 % du revenu brut du ménage de ce patient ; aura droit à l'aide financière telle que définie dans ce paragraphe. Le niveau de l'aide financière fourni est le même que celui qui est accordé à un patient dont les revenus sont 400 % le FPL en vertu du paragraphe 2 ci-dessus, si ce Patient soumet une Demande de FAP au plus tard le 240e jour suivant la première facture de sortie et si la demande est approuvée par l'Organisation. Le Patient aura droit à une telle aide financière, s'il soumet la Demande de FAP après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est limité au solde impayé après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du Patient. Un Patient qui a droit à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais, moins la majoration hospitalière ou les frais de l'AGB calculés, le montant le moins élevé étant retenu.
- Sous réserve d'autres dispositions de la présente politique d'aide financière, un Patient dont le revenu est supérieur à 500 % du FPL peut avoir droit à une aide financière dans le cadre d'un « examen de ressources » pour une réduction de frais pour les services fournis par l'Organisation sur la base de la totalité de la créance médicale du Patient. Un patient aura droit à une aide financière en vertu de l'examen des ressources s'il a une créance médicale totale excessive, qui comprend une créance médicale envers Ascension et tout autre prestataire de soins de santé pour les soins d'urgence et autres soins médicalement

nécessaires, qui est égale ou supérieure au revenu brut du ménage de ce patient. Le niveau de l'aide financière fourni dans le cadre de l'examen des ressources est le même que celui qui est accordé à un patient dont les revenus sont 400 % le FPL en vertu du paragraphe 2 ci-dessus, si ce Patient soumet une Demande de FAP au plus tard le 240e jour suivant la première facture de sortie et si la Demande est approuvée par l'Organisation. Le Patient aura droit à l'aide financière sous forme de réduction après examen de ressources, s'il soumet la Demande de FAP après le 240e jour suivant la première facture de sortie ; dans ce cas le montant de l'aide financière disponible pour un Patient de cette catégorie est limité au solde impayé après avoir pris en compte tous les paiements effectués sur le compte du Patient. Un Patient qui a droit à cette catégorie d'aide financière ne sera pas facturé plus que les frais, moins la majoration hospitalière ou les frais de l'AGB calculés, le montant le moins élevé étant retenu.

5. Un patient aura droit à un échéancier de paiement si ses revenus se situent entre 200 % et 500 % du FPL et si le patient demande une assistance en soumettant une Demande de FAP.
6. Le calcul du revenu du Patient doit tenir compte de la taille du ménage du Patient, qui est composé du Patient et des individus suivants : (1) un conjoint (indépendamment du fait que le patient et son conjoint de remplissent une déclaration de revenus fédérale ou d'État commune) ; (2) les enfants biologiques, adoptés ou les beaux-enfants ; et (3) toute personne pour qui le Patient demande une exonération personnelle sur les déclarations de revenus fédérales ou d'État. Si le Patient est un enfant, la taille du foyer correspondra à l'enfant et aux individus suivants : (1) les parents biologiques, les parents adoptifs, ou les beaux-parents ou tuteurs, (2) les frères et sœurs biologiques, les frères et sœurs adoptés ou les demi-frères ou demi-sœurs ; et (3) toute personne pour qui les parents ou les tuteurs du Patient demandent une exonération personnelle dans une déclaration de revenus de l'État ou bien fédérale.
7. Un patient peut ne pas être éligible à l'aide financière décrite aux paragraphes 1 à 4 ci-dessus s'il est considéré comme ayant suffisamment d'actifs pour payer conformément à un « Test d'actifs<sup>4</sup> ». Le test des actifs implique une évaluation substantielle de la capacité de paiement d'un patient sur la base des catégories d'actifs mesurées dans la demande FAP. Un Patient dont les actifs dépassent 250 % du montant de son FPL peut ne pas avoir droit à une aide financière.
8. L'admissibilité pour l'aide financière peut être déterminée à tout moment dans le cycle de revenus à condition que le patient reste admissible pendant une période d'au moins douze (12) mois à compter de la date à laquelle les soins ont été reçus pour la première fois, et peut inclure l'utilisation d'une évaluation de solvabilité pour un Patient ayant un solde impayé suffisant dans les 240 premiers jours suivant la première facture de sortie afin de déterminer l'admissibilité à 100 % des soins caritatifs, nonobstant le fait que le Patient n'ait pas rempli de demande d'aide financière (« Demande de FAP »). Si le Patient bénéficie d'une aide caritative à 100 % sans soumettre de Demande de FAP dûment remplie et uniquement par le biais d'une évaluation de solvabilité, le montant de l'aide financière auquel le Patient a droit est limité au solde impayé du patient, après prise en compte de tout paiement effectué sur son compte. Une détermination de l'admissibilité basée sur une évaluation de solvabilité ne s'applique qu'à la période de soins pour laquelle l'évaluation de solvabilité est effectuée.

---

<sup>4</sup> Conformément à COMAR .26 (A-2) (8) et à Maryland Statutes Section 19-213-1(b) (8) (ii), les actifs suivants qui sont convertibles en trésorerie doivent être exclus du Test des actifs : (1) la première tranche de 10 000 \$ des actifs monétaires ; (2) une action « Safe harbor » de 150 000 \$ dans la résidence principale ; (3) des actifs de retraite pour lesquels IRS a accordé un traitement fiscal préférentiel sous forme de compte retraite, y compris, mais sans s'y limiter, des régimes de rémunération différés qualifiés selon le Code américain de revenus intérieur ou des régimes de rémunération différés ; (4) un véhicule motorisé utilisé pour les besoins de transport du patient ou de tout membre de la famille du patient ; (5) toutes les ressources exclues dans la détermination de l'admissibilité financière selon le Programme d'assistance médicale en vertu de la Loi américaine sur la sécurité sociale et des (6) fonds alloués à l'enseignement supérieur payés à l'avance dans un compte Maryland 529. Les actifs monétaires exclus de la détermination d'admissibilité en vertu de cette Politique d'aide financière doivent être révisés chaque année pour l'inflation conformément à l'Indice des prix de consommation.

9. Dans le cas d'un Patient affilié à certains programmes d'assurance qui considèrent l'Organisation comme « hors réseau », l'Organisation pourra réduire ou refuser l'aide financière qu'elle accorderait en temps normal au Patient sur la base d'une évaluation des informations d'assurance du patient et d'autres faits et circonstances pertinents.
  
10. À moins qu'ils n'aient autrement droit à Medicaid ou au CHIP, les patients ayant droit ou bénéficiaires des régimes des services sociaux suivants, sous condition de ressources, sont considérés comme ayant droit à des soins caritatifs, à condition que le patient soumette une preuve ou une inscription dans les 30 jours, sauf si le patient ou son représentant demande un délai supplémentaire de 30 jours :
  - a. Ménages avec enfants dans le cadre du programme de repas gratuits ou à prix réduit ;
  - b. Programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutritional Assistance Program - SNAP) ;
  - c. Programme d'aide à l'énergie pour les ménages à faibles revenus ;
  - d. Femmes, bébés et enfants (Women, Infants and Children - WIC) ;
  - e. Autres programmes de services sociaux sous condition de ressources, considérés comme ayant droit à des soins hospitaliers gratuits par le Département de la santé et de l'hygiène mentale et le HSCRC.
  
11. Le Patient peut faire appel de tout refus d'admissibilité à l'aide financière en fournissant des informations supplémentaires à l'Organisation dans les quatorze (14) jours civils suivant la réception de la notification de refus. Tous les recours seront examinés par l'Organisation qui formulera une décision définitive. Si la décision définitive confirme le précédent refus de l'aide financière, une notification écrite sera envoyée au Patient. La procédure à suivre par les patients et les familles pour faire appel des décisions de l'Organisation concernant l'éligibilité à l'aide financière est la suivante :
  - a. Les Patients seront informés de l'inadmissibilité de l'aide financière par la lettre de refus d'aide financière de l'hôpital. Les patients ou les familles peuvent faire appel des décisions concernant l'admissibilité à l'aide financière en contactant : Par écrit les Services financiers pour les patients à l'adresse 900 Caton Ave., Baltimore, Md. 21229.
  - b. Tous les recours seront examinés par le comité de recours de l'aide financière de l'Organisation, et les décisions du comité seront envoyées par écrit au Patient ou à la famille qui a déposé le recours.

**Autres aides aux patients qui n'ont pas droit à une aide financière (applicable aux services non hospitaliers uniquement)**

Les Patients qui n'ont pas droit à l'aide financière comme décrit ci-dessus peuvent toujours avoir recours à d'autres types d'assistance fournis par l'Organisation. Par souci d'exhaustivité, ces autres types d'assistance sont repris ici, bien qu'ils ne soient pas liés aux besoins et ne fassent pas l'objet de la section 501(r), mais ils sont inclus ici pour faciliter la démarche au sein de la communauté desservie par l'Organisation.

1. Les Patients non assurés bénéficiant des services de Seton Imaging, de Lab Outreach ou de Professional Services et qui n'ont pas droit à une aide financière bénéficieront d'une réduction basée sur la réduction accordée au payeur le plus important pour cette Organisation. Le payeur de la part la plus élevée doit représenter au moins 3 % de la population de l'Organisation mesurés en termes de volume ou de revenus bruts des patients. Si un seul payeur ne représente pas ce niveau minimum de volume, il sera procédé à la moyenne des contrats payeurs afin que les modalités de paiement utilisées pour la détermination de la moyenne de compte représentent au moins 3 % du volume des activités de l'Organisation pour l'année donnée.

**Autres aides aux patients qui n'ont pas droit à une aide financière (applicable aux services non hospitaliers uniquement)**

Les Patients qui n'ont pas droit à l'aide financière comme décrit ci-dessus peuvent toujours avoir recours à d'autres types d'assistance fournis par l'Organisation. Par souci d'exhaustivité, ces autres types d'assistance sont repris ici, bien qu'ils ne soient pas liés aux besoins et ne fassent pas l'objet de la section 501(r), mais ils sont inclus ici pour faciliter la démarche au sein de la communauté desservie par l'Organisation.

1. Les Patients non assurés bénéficiant des services de Seton Imaging, de Lab Outreach ou de Professional Services et qui n'ont pas droit à une aide financière bénéficieront d'une réduction basée sur la réduction accordée au payeur le plus important pour cette Organisation. Le payeur de la part la plus élevée doit représenter au moins 3 % de la population de l'Organisation mesurés en termes de volume ou de revenus bruts des patients. Si un seul payeur ne représente pas ce niveau minimum de volume, il sera procédé à la moyenne des contrats payeurs afin que les modalités de paiement utilisées pour la détermination de la moyenne de compte représentent au moins 3 % du volume des activités de l'Organisation pour l'année donnée.

### **Limitations concernant les frais des Patients qui n'ont pas droit à l'aide financière**

- c. Les Patients qui ont droit à une aide financière ne seront pas individuellement facturés un montant supérieur à l'AGB pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires ni de frais supérieurs aux frais bruts pour d'autres soins médicaux. L'Organisation calcule un ou plusieurs pourcentages de l'AGB en appliquant la méthode dite « rétrospective » et en incluant le programme de « rémunération à l'acte » de Medicare ainsi que toutes les assurances de santé privées qui versent des indemnités à l'Organisation, conformément à 501(r). Un exemplaire gratuit de la description du calcul AGB et des pourcentages peut être obtenue sur le site Web de l'Organisation ou en contactant les services financiers des patients par écrit/en personne au 900 S. Caton Ave., Baltimore, MD 21229.

### **Souscription à l'aide financière ou à une autre aide**

Un Patient peut avoir droit à l'aide financière via le système de notation présumée ou en sollicitant la souscription par l'envoi du formulaire de Demande de FAP. La Demande de FAP et les instructions de Demande de FAP sont disponibles sur le site Web de l'Organisation en appelant l'aide financière pour les patients au 1-667-234-2140. Les demandes de FAP sont également disponibles dans les différents lieux d'inscription de l'hôpital. L'Organisation demandera aux personnes non assurées de travailler avec un conseiller financier pour demander à bénéficier de Medicaid ou d'autres programmes d'aide publique, pour lesquels le patient est considéré comme potentiellement admissible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est admissible et approuvé par une évaluation de solvabilité). Un Patient peut se voir refuser une aide financière s'il fournit de fausses informations sur une Demande de FAP ou dans le cadre de la procédure d'admissibilité par évaluation de solvabilité, s'il refuse de céder le produit de l'assurance ou le droit d'être payé directement par une compagnie d'assurance qui pourrait être obligée de payer pour les soins fournis, ou s'il refuse de travailler avec un conseiller financier pour demander à bénéficier de Medicaid ou autres programmes d'assistance publique pour lesquels il est considéré comme potentiellement admissible afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est admissible et approuvé par évaluation de solvabilité). L'Organisation peut prendre en considération une Demande de FAP remplie moins de six mois avant toute date de détermination de l'admissibilité pour prendre une décision sur l'admissibilité pour la période de soins en cours. L'Organisation ne prendra pas en considération une Demande de FAP remplie plus de six mois avant toute date de détermination de l'admissibilité.

L'Organisation doit fournir des informations par écrit au Patient ou à son représentant, tuteur légal ou famille, selon le cas, concernant la disponibilité des plans de paiement échelonné. L'Organisation doit fournir ces informations avant le congé du Patient, avec la facture de l'hôpital, sur demande, et dans chaque

communication écrite au Patient concernant le recouvrement de la dette hospitalière. Pendant au moins 180 jours après l'émission de la facture initiale du Patient, l'Organisation ne peut pas signaler d'informations défavorables sur le patient à une agence de renseignements sur le consommateur ou tenter une action civile pour non-paiement.

### **Facturation et recouvrement**

Les actions que l'Organisation peut entreprendre dans le cas d'un défaut de paiement sont décrites dans une politique séparée concernant la politique de facturation et de recouvrement. Un exemplaire gratuit de la politique de facturation et de recouvrement peut être obtenu sur le site web de l'Organisation ou en contactant les Services financiers pour les patients au 1-667-234-2140.

### **Interprétation**

Sauf indication contraire, cette politique, ainsi que toutes les procédures applicables, visent à se conformer à l'Article 501(r) et doivent être interprétées et appliquées conformément à celui-ci.



Ascension Saint Agnes

**LISTE DES PRESTATAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA POLITIQUE D'AIDE FINANCIÈRE**

**Au jeudi 31 mars 2022**

La liste ci-dessous précise quels prestataires de soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires dispensés dans l'établissement hospitalier sont couverts par la Politique d'aide financière (FAP). *Veuillez noter que les soins qui ne sont pas des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires ne sont pas couverts par la FAP pour aucun prestataire.*

| <u>Prestataires pris en charge par la FAP</u>  | <u>Prestataires non pris en charge par la FAP</u> |
|--|---|
| Seton Medical Group<br>Ascension Medical Group<br>Integrated Specialist Group<br>Saint Agnes Medical Group<br>Vituity<br>CEP America | ABBAS,ALI MD                                      |
|  | ABDELAZIM,SUZANNE A D.O.                          |
|  | ABDUR-RAHMAN,NAJLA MD                             |
|  | ABERNATHY,THOMAS MD                               |
|  | ADAMS,SCOTT MD                                    |
|  | AFZAL,MUHAMMAD MD                                 |
|  | AHLUWALIA,GURDEEP S MD                            |
|  | AHMED,AZRA MD                                     |
|  | AKABUDIKE,NGOZI M MD                              |
|  | AKHTAR,YASMIN DO                                  |
|  | ALBUERNE,MARCELINO D MD                           |
|  | ALEX,BIJU K MD                                    |
|  | ALI,LIAQAT MD                                     |
|  | ALLEN,DANISHA MD                                  |
|  | ALONSO,ADOLFO M MD                                |
|  | AMERI,MARIAM MD                                   |
|  | AMIN,SHAHRIAR MD                                  |
|  | ANANDAKRISHNAN,RAVI K MD                          |
|  | ANDRADE,JORGE R MD                                |
|  | ANSARI,MOHSIN MD                                  |
|  | ANTHONY,JAMES D MD                                |
|  | APGAR,LESLIE MD                                   |
|  | APOSTOLIDES,GEORGE Y MD                           |
|  | ARCHER,CORRIS E MD                                |
|  | ARSHAD,RAJA R MD                                  |
|  | ASHLEY JR,WILLIAM W MD                            |
|  | AWAN,HASAN A MD                                   |
|  | AWAN,MATEEN A MD                                  |
|  | AZIE,JULIET C MD                                  |
|  | AZIZ,SHAHID MD                                    |
|  | BAJAJ,BHAVANDEEP MD                               |
|  | BAJAJ,HARJIT S MD                                 |
| BANEGURA,ALLEN T MD  |   |
| BARBOUR,WALID K MD   |   |
| BARNES,BENJAMIN T MD   |   |

|                            |
|----------------------------|
| BASKARAN,DEEPAK MD         |
| BASKARAN,SAMBANDAM MD      |
| BASSI,ASHWANI K MD         |
| BASTACKY,DAVID C DMD       |
| BECK,CLAUDIA MD            |
| BEHRENS,MARY T MD          |
| BELTRAN,JUAN A MD          |
| BERGER,LESLY MD            |
| BERKENBLIT,SCOTT I MD      |
| BERNIER,MEGHAN M.D.        |
| BEZIRDJIAN,LAWRENCE C MD   |
| BHARGAVA,NALINI MD         |
| BHASIN,SUSHMA MD           |
| BHATNAGAR,RISHI MD         |
| BHATTI,NASIR I MD          |
| BIRCHES,DAMIAN E MD        |
| BLAM,OREN G MD             |
| BLANK,MICHAEL DDS          |
| BODDETI,ANURADHA MD        |
| BODDU,ROHINI MD            |
| BORDON,JOSE M MD           |
| BOYKIN,DIANE MD            |
| BRANDAO,ROBERTO A DPM      |
| BRITT,CHRISTOPHER J MD     |
| BROOKLAND,ROBERT K M.D.    |
| BROUILLET, JR.,GEORGE H MD |
| BROWN,JACQUELINE A MD      |
| BURROWS,WHITNEY MD         |
| CAHILL,EDWARD H MD         |
| CALLAHAN,CHARLES W DO      |
| CALLENDER,MARC MD          |
| CAO,QI MD                  |
| CARPENTER,MYLA MD          |
| CARTER,MIHAELA M.D.        |
| CERCONE,KRISTEN MD         |
| CHANG,HENRY MD             |
| CHANG,JOSEPH J M.D.        |
| CHATTERJEE,CHANDANA MD     |
| CHEIKH,EYAD MD             |
| CHEN,WENGEN MD             |
| CHEN,YIBO N MD             |
| CHEUNG,AMY M MD            |

|                                |
|--------------------------------|
| CHINSKY,JEFFREY M MD           |
| CHOUDHRY,SHABBIR A MD          |
| CLONMELL,DIANE J LCPC          |
| COHEN,BERNARD MD               |
| COHEN,GORDON MD                |
| COLANDREA,JEAN MD              |
| COSENTINO,ENZO MD              |
| CRESS,JANE M NP                |
| CROWLEY,HELENA M MD            |
| CUNEO,CHARLES N MD             |
| DANG,KOMAL K MD                |
| DA SILVA,MONICA L MD           |
| DAVALOS,JULIO MD               |
| DAVIS,NNEKA N DMD              |
| DEBORJA,LILIA L MD             |
| DEJARNETTE,JUDITH MD           |
| DE JESUS-ACOSTA,ANA MARIA CRIS |
| DELLABADIA JR,JOHN MD          |
| DESAI,KIRTIKANT I MD           |
| DESAI,SHAUN C MD               |
| DESIKAN,SARAIJHAA K MD         |
| DIAZ-MONTES,TERESA P MD        |
| DICKSTEIN,RIAN MD              |
| DIDOLKAR,MUKUND S MD           |
| DILSIZIAN,VASKEN MD            |
| DOHERTY,BRENDAN MD             |
| DOVE,JOSEPH DPM                |
| DROSSNER,MICHAEL N MD          |
| DUA,VINEET MD                  |
| DUBOIS,BENJAMIN MD             |
| DUNNE,MEAGAN MD                |
| DUONG,BICH T MD                |
| DUSON,SIRA M MD                |
| DZIUBA,SYLWESTER MD            |
| EGERTON,WALTER E MD            |
| EISENMAN,DAVID J MD            |
| EMERSON,CAROL MD               |
| ENELOW,THOMAS MD               |
| ENGLUM,BRIAN R MD              |
| ERAS,JENNIFER L MD             |
| FALCAO,KEITH D MD              |
| FATTERPAKER,ANIL MD            |

|                                |
|--------------------------------|
| FELTON,PATRICK M. DPM          |
| FERNANDEZ,RODOLFO E MD         |
| FILDERMAN,PETER S MD           |
| FLOYD,DEBORA M LCPC            |
| FOLGUERAS,ALBERT J MD          |
| FRAZIER,JAMES MD               |
| FRAZIER,TIMOTHY S MD           |
| FRIEDBERG,JOSEPH S MD          |
| FUGOSO,VALERIANO P MD          |
| GABLE,NICOLE J MD              |
| GALITA,OLIVER C MD             |
| GANGALAM,AJAY B M.D.           |
| GARCIA LOPEZ de VICTORIA,ELIZA |
| GARCIA,LORI MD                 |
| GARCIA,PABLO MD                |
| GARG,PRADEEP MD                |
| GEORGIA,JEFFREY MD             |
| GERSH,STEVEN DPM               |
| GERSTENBLITH,DANIEL DPM        |
| GIARDINA,VITO N DPM            |
| GITLITZ,DAVID B MD             |
| GLASER,STEPHEN R MD            |
| GOBRIAL,EVEIT E MD             |
| GOLDFARB,ROBERT A MD           |
| GOLDMAN,MICHAEL H MD           |
| GOMA,MONIQUE L MD              |
| GORMLEY,PAUL E MD              |
| GRAHAM, JR.,CHARLES R MD       |
| GREEN-SU,FRANCES M MD          |
| GROCHMAL,JAY C MD              |
| GROSSO,NICHOLAS MD             |
| GRUNEBERG,SHERRI L MD          |
| GUARDIANI,ELIZABETH A MD       |
| GUEYE,AMY H MD                 |
| GURETZKY,TARA MD               |
| HABIB,FADI M.D.                |
| HAJJ,SAMAR J MD                |
| HAMMOND,SHARICE MD             |
| HANSEN,CHRISTIAN H MD          |
| HAROUN,RAYMOND I MD            |
| HATTEN,KYLE M MD               |
| HAYWARD,GERALD MD              |

|                            |
|----------------------------|
| HEBERT,ANDREA M MD         |
| HECTOR,ROGER M.D.          |
| HENNESSY,ROBERT G MD       |
| HENRY,GAVIN MD             |
| HERTZANO,RONNA MD          |
| HESSAN,HOWARD S MD         |
| HEYMAN,MEYER R MD          |
| HICKEN,WILLIAM J MD        |
| HILL,TERRI MD              |
| HOCHULI,STEPHAN U MD       |
| HOFERT,SHEILA MD           |
| HORMOZI,DARAB MD           |
| HUANG,CINDY Y MD           |
| HUANG,LIGUANG M.D.         |
| HUAPAYA CARRERA,JULIO A MD |
| HUDES,RICHARD MD           |
| HUNDLEY,JEAN C MD          |
| HUNT,NICOLE A MD           |
| IM,DWIGHT D MD             |
| IMIRU,ABEBE MD             |
| ISAIAH,AMAL MD             |
| IWEALA,UCHECHI A MD        |
| JACKSON,PRUDENCE MD        |
| JACOB,ASHOK C MD           |
| JACOBS,MARIANNE B DO       |
| JANZ,BRIAN A MD            |
| JOHNSON,GLEN E MD          |
| JULKA,SURJIT S MD          |
| JUSTICZ,NATALIE S MD       |
| KAHL,LAUREN MD             |
| KALRA,KAVITA B MD          |
| KANTER,MITCHEL A MD        |
| KANTER,WILLIAM R MD        |
| KHAN,JAVEED MD             |
| KHAN,RAO A MD              |
| KHULPATEEA,BEMAN R MD      |
| KHURANA,ARUNA Y MD         |
| KIM,CHRISTOPHER MD         |
| KIM,LISA MD                |
| KIM,SOON JA MD             |
| KLEBANOW,KENNETH M MD      |
| KLEINMAN,BENJAMIN DPM      |

|                           |
|---------------------------|
| KNAISH,KINAN MD           |
| KOLI,EMMANUEL N MD        |
| KOPACK,ANGELA M MD        |
| KUMAR,RAMESH MD           |
| KUPPUSAMY,TAMIL S MD      |
| LAFFERMAN,JEFFREY MD      |
| LALA,PADMA M MD           |
| LAL,BRAJESH K M.D.        |
| LANCELOTTA,CHARLES J MD   |
| LANDIS,JEFFREY T MD       |
| LANDRUM,B. MARK MD        |
| LANDRUM,DIANNE J MD       |
| LANDSMAN,JENNIFER MD      |
| LANE,ANNE D MD            |
| LANGER,KENNETH F MD       |
| LANTZ,JENNIFER MS, CCC/A  |
| LEBLANC,DIANA M.D.        |
| LEE,DANA M MD             |
| LENING,CHRISTOPHER B MD   |
| LEVIN,BRIAN M MD          |
| LEVY,DAVID MD             |
| LIANG,DANNY MD            |
| LIM,JOSHUA J MD           |
| LIN,ANNIE Z MD            |
| LIPTON,MARC DPM           |
| LI,ROBIN Z MD             |
| LIU,JIA MD                |
| LONG,ADRIAN E MD          |
| LOTLIKAR,JEFFREY P MD     |
| LOWDER,GERARD M MD        |
| LUMPKINS,KIMBERLY M. M.D. |
| MACIEJEWSKI,SHARON PT     |
| MADDEN,JOSHUA S MD        |
| MAKONNEN,ZELELEM MD       |
| MALLALIEU,JARED DO        |
| MALONEY,PATRICK MD        |
| MAMO,GEORGE J MD          |
| MANDIR,ALLEN S MD         |
| MATSUNAGA,MARK T MD       |
| MAUNG,CHO C MD            |
| MAUNG,TIN O MD            |
| MAYO,LINDA D OTS          |

|                           |
|---------------------------|
| MCCARUS,DAVID MD          |
| MCCORMACK,SHARON J MD     |
| MEDWIN,IRINA MD           |
| MEININGER,GLENN R MD      |
| MILLER,KAREN J MD         |
| MILLER,PAUL R MD          |
| MINAHAN,ROBERT E M.D., JR |
| MITCHERLING,JOHN J DDS    |
| MITCHERLING,WILLIAM W DDS |
| MOORE,JAMES T MD          |
| MOORE,ROBERT F M.D.       |
| MORGAN,ATHOL W MD         |
| MOUSSAIDE,GHITA MD        |
| MUMTAZ,M. ANWAR MD        |
| MURPHY,ANNE MD            |
| MURTHY,KALPANA MD         |
| MYDLARZ,WOJCIECH MD       |
| NAKAZAWA,HIROSHI MD       |
| NALLU,ANITHA M.D.         |
| NARAYEN,GEETANJALI MD     |
| NARAYEN,VIJAY MD          |
| NEUNER,GEOFFREY MD        |
| NEUZIL,DANIEL F MD        |
| NUCKOLS,JOSEPH MD         |
| O'BRIEN,CAITLIN MD        |
| O'CONNOR,MEGHAN P MD      |
| ODUYEBO,TITILOPE M.D.     |
| OLLAYOS,CURTIS MD         |
| OTTO,JAMES MD             |
| OWUSU-ANTWI,KOFI MD       |
| OWUSU-SAKYI,JOSEPHINE MD  |
| OZA,MANISH N MD           |
| PAIVANAS,BRITTANY M MD    |
| PARIKH,JYOTIN MD          |
| PARK,CHARLES MD           |
| PASS,CAROLYN J MD         |
| PASUMARTHY,ANITA MD       |
| PATAKI,ANDREW M MD        |
| PATEL,ALPEN MD            |
| PATEL,ANOOP MD            |
| PATEL,JANKI MD            |
| PATEL,KRUTI N MD          |

|                             |
|-----------------------------|
| PEREZ,DANIEL DPM            |
| PERVAIZ,KHURRAM MD          |
| PETERS,MATTHEW N MD         |
| PETIT,LISA MD               |
| PIEPRZAK,MARY A MD          |
| PIROUZ,BABAK MD             |
| POLSKY,MORRIS B MD          |
| POMERANTZ,RICHARD M MD      |
| POON,THAW MD                |
| POULTON,SCOTT C MD          |
| POWELL-DAVIS,MONIQUE M M.D. |
| PRESTI,MICHAEL S DPM        |
| PULLMANN,RUDOLF MD          |
| PURDY,ANGEL MD              |
| QURESHI,JAZIBETH A MD       |
| RAIKAR,RAJESH V MD          |
| RAJA,GEETHA MD              |
| RANKIN,ROBERT MD            |
| RAVEKES,WILLIAM MD          |
| RAVENDHRAN,NATARAJAN MD     |
| RECKORD,MARGARET M RN       |
| REDDY,ANURADHA MD           |
| REED,ANN MD                 |
| REHMAN,MALIK A MD           |
| REILLY,CHRISTINE MD         |
| REINER,BARRY J MD           |
| REMY,KENNETH MD             |
| REYAL,FARHANA S MD          |
| RIAZ,AWAIS MD               |
| RICHARDSON,LEONARD A MD     |
| ROBERTSON,KAISER MD         |
| ROSEN,DANIEL C MD           |
| ROTH,JOHN DPM               |
| ROTTMANN,EVA I DO           |
| RUSSELL,JONATHON O MD       |
| RYU,HYUNG MD                |
| SABOURY SICHANI,BABAK MD    |
| SAIEDY,SAMER MD             |
| SAINI,ANJALI MD             |
| SAINI,RUMNEET K MD          |
| SALAS,LOUIS MD              |
| SALAZAR,ANDRES E MD         |



|                            |
|----------------------------|
| SALENGER,RAWN V MD         |
| SALIM,MUBADDA MD           |
| SALVO,EUGENE C MD          |
| SANDERSON,SEAN O M.D.      |
| SANDHU,RUPINDER MD         |
| SANGHAVI,MILAN MD          |
| SANTOS,MARIA L MD          |
| SARDANA,NEERAJ MD          |
| SAVAGE,ANGELA Y DPM        |
| SCHNEYER,MARK MD           |
| SEIBEL,JEFFREY L MD        |
| SETYA,VINEY R MD           |
| SHAH,BANSARI H M.D.        |
| SHAIKH,NAOMI N MD          |
| SHAMS-PIRZADEH,ABDOLLAH MD |
| SHAPIRO ,BRUCE K           |
| SHEEHAN,CHARLES E M.D.     |
| SHORTS,ALISON MSCCC-SLP    |
| SHUSTER,JERI MD            |
| SIEGEL,ELIOT L MD          |
| SILBER,GLENN MD            |
| SILBER,MOLLY H MD          |
| SILHAN,LEANN MD            |
| SILVERSTEIN,SCOTT MD       |
| SIMLOTE,KAPIL MD           |
| SIMMONS,SHELTON MD         |
| SIMO,ARMEL MD              |
| SINGH,GURTEJ MD            |
| SINNO,FADY MD              |
| SKLAR,GEOFFREY MD          |
| SMENTKOWSKI,KATHERINE E MD |
| SMITH,BRANDON M MD         |
| SMITH,DENNIS MD            |
| SMITH,RACHELLE MD          |
| SMITH,WARREN J MD          |
| SNOW,GRACE E MD            |
| SOILEAU-BURKE,MONIQUE J MD |
| SOLOMON,MISSALE MD         |
| SPEVAK,PHILIP J MD         |
| STAUBER,ZIVA Y MD          |
| STERN,MELVIN S MD          |
| STEWART,SHELBY J MD        |

|                                |
|--------------------------------|
| STRAUCH,ERIC MD                |
| SUNDEL,ERIC M.D.               |
| SURMAK,ANDREW J MD             |
| SWANTON,EDWARD MD              |
| SWETT,JEFFREY T DO             |
| SYDNEY,SAM V MD                |
| TAGHIZADEH,MAAKAN MD           |
| TANSINDA,JAMES MD              |
| TAYLOR,AISHA K MD              |
| TAYLOR,RODNEY J MD             |
| THOMAS,RADCLIFFE MD            |
| THOMPSON III,WILLIAM R MD      |
| TOLLEY,MATTHEW DPM             |
| TUCHMAN,DAVID N MD             |
| TURAKHIA,BIPIN K MD            |
| TUUR-SAUNDERS,SYLVANA MD       |
| TWIGG,AARON MD                 |
| UCUZIAN,ARECK A MD             |
| UDOCHI,NJIDEKA MD              |
| VAKHARIA,KALPESH T MD          |
| VALLECILLO,JORGE MD            |
| VAN DEN BROEK,JEFFREY W DO     |
| VASANTHAKUMAR,MUTHUKRISHNAN MD |
| VOIGT,ROGER W MD               |
| VON WALDNER,CHRISTINA A LCPC   |
| WALLACE,MICHAEL MD             |
| WALTROUS,JUSTIN D MD           |
| WARDEN,MARJORIE K MD           |
| WARD,FRANCISCO A DO            |
| WHIPPS,RANDOLPH G MD           |
| WHITE,PATRICK W MD             |
| WILLIAMS,SAMUEL R MD           |
| WINAKUR,SHANNON MD             |
| WOLF,JEFFREY S MD              |
| WOLLNEY,DANA E MD              |
| WORMSER,BENJAMIN K MD          |
| XIE,KE MD                      |
| YI,MING MD                     |
| YIM,KENNETH MD                 |
| YU,WARREN D. M.D.              |
| ZADE,RALPH MD                  |
| ZAIM,BULENT R MD               |

|                  |
|------------------|
| ZHANG,LINDY MD   |
| ZHAO,JUN MD      |
| ZHU,WEIMIN MD    |
| ZUNIGA,LUIS M MD |

## **Ascension Saint Agnes**

### **CALCUL DU MONTANT GÉNÉRALEMENT FACTURÉ**

01/07/2021

Ascension Saint Agnes calcule deux pourcentages de l'AGB (montant généralement facturé) - l'un pour les frais des établissements hospitaliers et l'autre pour les honoraires professionnels - en utilisant la méthode du « retour en arrière » et en incluant le programme de rémunération à l'acte de Medicare et toutes les assurances de santé privées qui paient des demandes d'indemnisation à l'Organisation, le tout conformément à la réglementation de l'IRS. 1.501(r)-5(b)(3), 1.501(r)-5(b)(3)(ii)(B) et 1.501(r)-5(b)(3)(iii). Les détails de ces calculs et les pourcentages de l'AGB sont indiqués ci-dessous.

Les pourcentages de l'AGB pour Ascension Saint Agnes sont les suivants :

AGB pour les frais des établissements hospitaliers : 93,1%

AGB pour les honoraires des médecins : 50,7%

Ces pourcentages de l'AGB sont calculés en divisant la somme du montant total de toutes les demandes d'indemnisation adressées par l'établissement hospitalier pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires qui ont été autorisés par le programme de « rémunération à l'acte » de Medicare et toutes les assurances de santé privées qui versent des indemnités à l'établissement hospitalier (séparément pour les frais d'établissement et les services professionnels) par la somme des frais bruts associés à ces demandes d'indemnisation. Les seules demandes d'indemnisation qui sont utilisées dans la détermination de l'AGB sont celles qui ont été autorisées par une assurance de santé sur la période des 12 mois précédant le calcul de l'AGB (plutôt que les demandes relatives à des soins fournis sur les 12 mois précédents).

\*Nonobstant le précédent calcul de l'AGB, Saint Agnes Health Care a choisi d'appliquer un pourcentage de l'AGB inférieur, comme suit :

AGB : 88,55%

## **Ascension Saint Agnes**

Ascension Saint Agnes Hospital, Ascension Medical Group, Seton Imaging, Lab Outreach, Integrated Specialist Group, Radiologists Professional Services, Anesthesia Professional Services

## **Résumé de la Politique d'aide financière**

Ascension Saint Agnes, y compris les services de santé énumérés ci-dessus, s'engage à respecter la dignité de chaque personne en portant un intérêt particulier à ceux qui rencontrent certains obstacles au moment d'accéder aux services de soins de santé. Ascension Saint Agnes s'engage également à gérer ses ressources de santé en tant que service à l'ensemble de la communauté. En application de ces principes, Ascension Saint Agnes apporte une aide financière à certaines personnes bénéficiant des soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires de la part d'Ascension Saint Agnes. Ce document donne un aperçu de la Politique d'aide financière d'Ascension Saint Agnes.

### **Quelles conditions d'admissibilité ?**

Vous pouvez obtenir une aide financière si vous vivez à Arbutus 21227, Brooklyn/Linthicum, 21225, Catonsville 21250, 21228, Curtis Bay 21226, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223, 21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215, 21216, 21217. L'aide financière est généralement déterminée par le revenu total de votre ménage comparé au seuil fédéral de pauvreté. Si votre revenu est inférieur ou égal à 250 % du seuil fédéral de pauvreté, vous pouvez recevoir une aide sous forme d'un remboursement de 100 % sur la partie des frais à votre charge. Si votre revenu est supérieur à 250 % du seuil fédéral de pauvreté, mais qu'il ne dépasse pas 500 % de ce seuil, vous bénéficierez de tarifs réduits selon un barème dégressif. Si vous avez contracté des dettes médicales pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires qui dépassent vos revenus, vous pouvez bénéficier d'une remise. Si vos actifs dépassent 250 % du montant de votre revenu au niveau fédéral de pauvreté, vous ne pourriez pas prétendre à une aide financière. Les patients bénéficiaires d'une aide financière ne seront pas facturés plus que les frais déduits de la différence de l'hôpital, ou que les montants généralement facturés aux patients titulaires d'une police d'assurance, et ce pour la somme la moins chère.

### **Devis écrit.**

Les patients ont normalement le droit de demander et de recevoir un devis écrit du total des frais des services hospitaliers non urgents, les procédures et les fournitures qui sont raisonnablement prévus en contrepartie des services professionnels assurés par l'hôpital.

### **Quels sont les services couverts ?**

La Politique d'aide financière s'applique aux soins d'urgence et à d'autres soins médicalement nécessaires. Les honoraires des médecins ne figurent pas dans les frais d'hospitalisation et seront facturés séparément. Ces conditions sont définies dans la Politique d'aide financière. Les autres services ne sont pas couverts par ce dispositif.

### **Comment puis-je y souscrire ?**

Pour souscrire à l'aide financière, vous complétez généralement une demande de souscription écrite et fournissez les documents nécessaires, comme décrit dans la Politique d'aide financière et dans le formulaire de demande de souscription à cette aide. Pour toute demande de souscription, veuillez contacter le 667-234-2140.

### **Comment puis-je obtenir de l'aide pour ma demande de souscription ?**

Pour vous guider dans votre demande de Politique d'aide financière, vous pouvez contacter les Services financiers aux patients au 667-234-2140, l'Assistance médicale de Maryland au 1-855-642-8572 ou Internet [www.dhr.state.md.us](http://www.dhr.state.md.us), ou votre Département local des services sociaux au téléphone 1-800-332-6347 ; TTY : 1-800-925-4434.

### **Comment puis-je obtenir des informations complémentaires ?**

Des exemplaires de la Politique d'aide financière et son formulaire de souscription sont disponibles à <https://healthcare.ascension.org/Locations/Maryland/MDBAL/Baltimore-Saint-Agnes-Hospital> et au Département des

services financiers pour les patients, 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229. Des exemplaires gratuits de la Politique d'aide financière et de sa demande peuvent également être obtenus par courrier en contactant le Département des services financiers pour les patients au 667-234-2140.

**Que puis-je faire si je n'y ai pas droit ?**

Si vous n'avez pas droit à l'aide financière selon les conditions de la Politique d'aide financière, vous avez peut-être droit à d'autres types d'assistance. Pour de plus amples informations, veuillez contacter le Département des services financiers pour les patients, 900 S. Caton Avenue, Baltimore, MD 21229 ou par téléphone au 667-234-2140.

**Plans de paiement.**

L'Ascension Saint Agnes Hospital propose des plans de paiement pour vous aider à payer vos factures médicales. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le Service à la clientèle au 667-234-2175.

**Attestation**

J'ai reçu le résumé ci-dessus en langage clair concernant la Politique d'aide financière d'Ascension Saint Agnes et je comprends mes droits en vertu de la Politique.

Veuillez parapher : [Les paraphes seront recueillis sur le formulaire de consentement général.]

**Les traductions de la Politique d'aide financière, de son formulaire de demande de souscription et les informations relatives, ainsi que ce résumé simplifié sont disponibles dans les langues suivantes sur notre site Internet et sur demande :**

**Arabe**

**Birman**

**Chinois (Simplifié)**

**Chinois (Traditionnel)**

**Anglais**

**Français**

**Gujarati**

**Italien**

**Coréen**

**Russe**

**Espagnol**

**Tagalog**

**Urdu**

**Vietnamien**



**Ascension**

# Lettre de soutien

Numéro du dossier médical/numéro de compte du patient \_\_\_\_\_

Nom de la personne apportant le soutien \_\_\_\_\_

Relation avec le patient/demandeur \_\_\_\_\_

Adresse de la personne apportant le soutien \_\_\_\_\_

À l'attention d'Ascension :

Cette lettre a pour but d'informer que (nom du patient) \_\_\_\_\_ ne reçoit que peu ou pas de revenus et que je l'aide à couvrir ses frais de subsistance. Il/elle n'a que peu ou pas d'obligations envers moi.

En signant cette déclaration, j'atteste que les informations fournies sont véridiques, conformément à l'étendue de mes connaissances.

Signature du soutien \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_



[Date]

Cher Patient/Demandeur,

La compassion est le moteur d'Ascension, qui se consacre à fournir des soins personnalisés à tous, en particulier aux plus démunis. Notre devoir et notre privilège sont d'offrir une aide financière à nos patients. L'aide financière est réservée aux soins d'urgence et à d'autres soins médicalement nécessaires. Nous vous remercions de la confiance que vous nous accordez pour vos soins de santé et ceux de votre famille.

Nous vous envoyons cette lettre et la demande d'aide financière ci-jointe, car nous avons reçu votre demande. Si vous n'avez pas fait de demande, veuillez ne pas en tenir compte. Veuillez remplir le recto et le verso, la signer et la dater avant de nous la retourner. Si vous avez rempli une demande au cours des six derniers mois et que votre demande d'aide financière a été approuvée, veuillez nous en informer. Vous n'aurez peut-être pas besoin de remplir une nouvelle demande. Nous ne prendrons pas en compte une demande précédente de plus de six mois.

Veuillez joindre à votre demande une copie d'au moins l'un des éléments suivant comme preuve de vos revenus. Si vous êtes marié(e) ou avez vécu avec un partenaire pendant 6 mois ou plus, il ou elle devra également fournir une copie d'au moins un des éléments suivants comme preuve de ses revenus avant que la demande puisse être traitée.

- Copies des 3 derniers bulletins de salaire provenant de l'employeur.
- Copies de la dernière déclaration d'impôts annuelle (si vous êtes indépendant, veuillez inclure toutes les annexes)
- Lettre d'attribution de la sécurité sociale et/ou de la pension de retraite
- La dernière déclaration d'impôts annuelle du parent ou du tuteur, si le demandeur est une personne à charge figurant sur son formulaire fiscal et est âgé de moins de 25 ans
- Tout autre document de validation de revenus
- Copie des relevés bancaires des 3 derniers mois
- Copie du reçu des prestations de chômage

Si vous recevez de l'aide d'une famille ou d'amis ou si vous vivez dans une maison avec eux, veuillez leur faire remplir le formulaire ci-joint intitulé « Lettre de soutien ». Cela ne les rendra pas redevables de vos factures médicales. Cela permettra de montrer comment vous êtes en mesure de faire face à vos frais de subsistance. Si vous ne recevez aucune aide de votre famille et de vos amis, vous n'avez pas besoin de



remplir le formulaire de lettre de soutien.

Enfin, veuillez également fournir des documents attestant de vos frais médicaux et de pharmacie/médicaments mensuels impayés.

Sachez que la demande dûment remplie, accompagnée d'une preuve de revenus, doit être reçue pour que la demande soit prise en considération. Nous ne sommes pas en mesure de traiter ou d'examiner les demandes incomplètes.

Veuillez garder à l'esprit que les communications par courrier électronique sur Internet ne sont pas sécurisées. Bien que cela soit peu probable, il est possible que les informations que vous incluez dans un courriel soient interceptées et lues par d'autres personnes que celle à laquelle il est adressé.

Nous voulons protéger vos informations personnelles et veiller à ce qu'elles restent sécurisées. Étant donné que la demande contient votre numéro de sécurité sociale ainsi que d'autres informations privées, nous vous demandons instamment de ne pas l'envoyer par courrier électronique.

Veuillez imprimer, envoyer par voie postale ou remettre en main propre votre demande remplie à l'adresse suivante :

**[RUE]**

**[SUITE]**

**[VILLE, ÉTAT CP]**

Si vous avez des questions au sujet de cette demande, veuillez appeler l'un de nos Représentants des patients au xxx-xxx-xxxx.

Cordialement,

Les services financiers pour les  
patient d'Ascension