

<p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes Manuel des politiques et procédures du système</p>	<p style="text-align: center;">Page 1 sur 24</p>	<p style="text-align: center;">SYS FI 05</p>
<p>Objet :</p> <p style="text-align: center;">Ascension Saint Agnes Politique d'assistance financière</p>	<p>Date d'entrée en vigueur : 2/05</p>	
	<p>Examen : Révisé : 11/90, 1/91, 6/91, 4/98, 3/01, 3/03, 6/08, 9/09, 6/16, 7/17, 7/18, 7/19, 2/20, 6/20, 10/20, 1/21, 4/21, 7/21, 7/22, 10/22, 12/22, 3/23, 6/23, 9/23, 12/23</p>	
<p>Approbations :</p> <p>Final - Président/DG : _____ Date: _____</p> <p>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 (chacune étant désignées par le terme « l'Organisation ») vise à assurer une pratique socialement juste pour la fourniture de soins d'urgence et 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 :

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

1. Toutes les aides financières mises en œuvre refléteront 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 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 font pas partie des soins d'urgence et 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 établissements de l'Organisation en précisant 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) et les réglementations qui en découlent.
- « **Montant généralement facturé** » ou « **Amount Generally Billed ou AGB** » signifie, en ce qui concerne les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, le montant généralement facturé aux personnes bénéficiaires d'une assurance couvrant les soins en question.
- « **Communauté** » désigne les patients résidant dans les codes postaux suivants, conformément à l'évaluation des besoins en santé communautaire de l'Organisation (CHNA) : Arbutus/Halethorpe 21227, Brooklyn/Linthicum 21225, Catonsville 21250, 21228, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223,21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215,21216,21217, Windsor Mill 21244, Elkridge 21075, Ellicott City 21043. 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 (notamment, 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 de l'enfant à naître) ;
 - 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) qui constituent la fourniture ou le niveau de service le plus approprié pour l'état du patient pouvant être fourni en toute sécurité ; (3) non fournis 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 de « 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). Dans le cas où les soins demandés par un Patient pris en charge par cette politique sont jugés ne pas être médicalement indispensables par le médecin chargé d'étudier sa demande, cette détermination doit être confirmée par le médecin à l'origine de son admission ou de la recommandation.
- « **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 (Federal Poverty Level Income, ou « 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 240e jour après la première facture de sortie du patient et que la Demande est approuvée par l'Organisation. 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.¹ 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 de sortie et si la demande est approuvée par l'Organisation. 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 :

¹ 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.

BARÈME D'AIDE FINANCIÈRE

À compter du 1^{er} juillet 2023

For Hospital Facility Services Only (Regulated)

Household Size	Charity Care				Financial Assistance Program					
	100%	to 200%	to 225%	to 250%	to 275%	to 300%	to 325%	to 350%	to 375%	to 400%
1	\$14,580	\$29,160	\$32,810	\$36,450	\$40,100	\$43,740	\$47,390	\$51,030	\$54,680	\$58,320
2	\$19,720	\$39,440	\$44,370	\$49,300	\$54,230	\$59,160	\$64,090	\$69,020	\$73,950	\$78,880
3	\$24,860	\$49,720	\$55,940	\$62,150	\$68,370	\$74,580	\$80,800	\$87,010	\$93,230	\$99,440
4	\$30,000	\$60,000	\$67,500	\$75,000	\$82,500	\$90,000	\$97,500	\$105,000	\$112,500	\$120,000
Saint Agnes Discount	100%	100%	100%	100%	75%	50%	25%	15%	12%	11.4%

For Professional Services (Deregulated)*

Household Size	Charity Care				Financial Assistance Program					
	100%	to 200%	to 225%	to 250%	to 275%	to 300%	to 325%	to 350%	to 375%	to 400%
1	\$14,580	\$29,160	\$32,810	\$36,450	\$40,100	\$43,740	\$47,390	\$51,030	\$54,680	\$58,320
2	\$19,720	\$39,440	\$44,370	\$49,300	\$54,230	\$59,160	\$64,090	\$69,020	\$73,950	\$78,880
3	\$24,860	\$49,720	\$55,940	\$62,150	\$68,370	\$74,580	\$80,800	\$87,010	\$93,230	\$99,440
4	\$30,000	\$60,000	\$67,500	\$75,000	\$82,500	\$90,000	\$97,500	\$105,000	\$112,500	\$120,000
Saint Agnes Discount	100%	100%	100%	100%	90%	80%	70%	60%	55%	47.6%

*Inclut les services suivants :

Seton Imaging

Lab Outreach

Seton Medical Group

Ascension Medical Group

Ascension Saint Agnes Medical Group

Integrated Specialist Group

Radiologists Professional Services

Anesthesia Professional Services

3. Sous réserve d'autres dispositions de la présente Politique d'aide financière, un Patient ayant i) des revenus supérieurs à 400 % du FPL mais ne dépassant pas 500 % du FPL et ii) une 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 % du FPL en vertu du paragraphe 2 ci-dessus, si ce Patient soumet une Demande de FAP au plus tard le 240^e 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 240^e 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.

4. 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 après l'examen de ses ressources, s'il présente une créance médicale totale trop élevée, y compris une créance médicale envers Ascension et tout autre prestataire de soins de santé, pour des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires, 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 % du 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 (que le patient et son conjoint prévoient ou non de remplir une déclaration d'impôt fédérale ou d'état conjointe) ; (2) des enfants biologiques, adoptés ou par alliance ; et (3) toute personne pour laquelle le patient demande une exemption personnelle dans sa déclaration d'impôt fédérale ou d'État. Si le Patient est un enfant, la taille du ménage doit prendre en compte l'enfant et les 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 fédérale ou d'état.
7. Un Patient peut ne pas avoir droit à l'aide financière décrite aux paragraphes 1 à 4 ci-dessus si ce Patient est considéré comme ayant des actifs suffisants pour payer, suite à un « bilan des actifs »². Le bilan des actifs implique une évaluation substantielle de la capacité de paiement du Patient sur la base des catégories d'actifs mesurées dans la Demande de 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

² Conformément au COMAR .26 (A-2) (8) et aux 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 le Service des impôts intérieurs (l'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 sur un compte dans le cadre du Plan 529 dans l'état du Maryland. Les actifs monétaires exclus de la détermination de l'éligibilité en vertu de la présente politique d'aide financière sont ajustés annuellement pour tenir compte de l'inflation conformément à l'indice des prix à la consommation.

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.

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. Sauf s'ils sont éligibles à Medicaid ou CHIP, les patients qui sont bénéficiaires des programmes de services sociaux suivants, sous condition de ressources, sont considérés comme éligibles à l'aide caritative aux soins, à condition que le patient présente une preuve de son inscription dans les 30 jours, à moins que le patient ou son représentant ne 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 détermination finale 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'admissibilité 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.

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 utilisant la méthode « rétrospective » et en incluant le paiement à l'acte de l'assurance-maladie et tous les assureurs de santé privés qui versent des indemnités à l'Organisation, le tout conformément à l'article 501(r). Un exemplaire gratuit de la description du calcul de l'AGB et du ou des pourcentages peut être obtenu sur le site web de l'Organisation, ou en contactant par écrit, ou en se rendant aux Services financiers pour les patients au 900 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 éligible, afin d'obtenir une aide financière (sauf s'il est éligible 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.

Facturation et recouvrement

Les actions que l'Organisation peut mener dans le cas d'un défaut de paiement sont décrites dans une politique séparée concernant la facturation et le 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

Cette politique, ainsi que toutes les procédures applicables, sont destinées à se conformer à la Section 501(r) et doivent être interprétées et appliquées conformément à celui-ci, sauf indication contraire.

Ascension Saint Agnes

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

À compter du 1^{er} janvier 2024

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). ***Nous vous faisons remarquer que les soins qui ne sont pas des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires ne sont pas couverts par la FAP, quel que soit le prestataire.***

Prestataires pris en charge par la FAP	Prestataires non pris en charge par la FAP
Seton Medical Group Ascension Medical Group Integrated Specialist Group Saint Agnes Medical Group Vituity CEP America	ABDELAZIM,SUZANNE A D.O. ABDELHADY,HEIDI MD ABDUR-RAHMAN,NAJLA MD ABERNATHY,THOMAS MD ADAMS,SCOTT MD ADDO M.D.,RICHARD O AFZAL,MUHAMMAD MD AHLUWALIA,GURDEEP S MD AHMED,AZRA MD AHUJA,NAVNEET K MD AKHTAR,YASMIN DO AKHTER,NABEEL M M.D. ALBRECHT,ROBERT A MD ALEX,BIJU K MD ALI,LIAQAT MD ALI,PREETHA 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 APGAR,LESLIE MD APOSTOLIDES,GEORGE Y MD ARCHER,CORRIS E MD ARIAS VILLELA,NATALIA 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	
	BAKER,CHRISTINE M MD	
	BAKER,MARTHA MD	
	BANEGURA,ALLEN T MD	
	BARBOUR,WALID K MD	
	BASKARAN,DEEPAK MD	
	BASKARAN,SAMBANDAM MD	
	BASTACKY,DAVID C DMD	
	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	
	BHATTI,NASIR I MD	
	BITTLE,GREGORY J MD	
	BLAM,OREN G MD	
	BLANK,MICHAEL DDS	
	BODDETI,ANURADHA MD	
	BODDU,ROHINI MD	
	BOYKIN,DIANE MD	
	BRITT,CHRISTOPHER J MD	
	BROOKLAND,ROBERT K M.D.	
	BROUILLET, JR.,GEORGE H MD	
	BROWN,JACQUELINE A MD	
	CAHILL,EDWARD H MD	
	CALLAHAN,CHARLES W DO	
	CALLENDER,MARC MD	
	CARPENTER,MYLA MD	
	CARTER,MIHAELA M.D.	
	CHANG,HENRY MD	
	CHANG,JOSEPH J M.D.	

	CHATTERJEE,CHANDANA MD	
	CHEIKH,EYAD MD	
	CHEUNG,AMY M MD	
	CHINSKY,JEFFREY M MD	
	CHOUDHRY,SHABBIR A MD	
	CLONMELL,DIANE J LCPC	
	COHEN GLICKMAN,KAREN MD	
	COHEN,GORDON MD	
	COLANDREA,JEAN MD	
	COSENTINO,ENZO MD	
	CROSBY,EMILY MD	
	CROWLEY,HELENA M MD	
	CUNEO,CHARLES N MD	
	CURTIS,CHARLES MD	
	DA SILVA,MONICA L MD	
	DAVALOS,JULIO MD	
	DAVIS,NNEKA N DMD	
	DAVIS ROLAND,LASHEA MD	
	DEBORJA,LILIA L MD	
	DEJARNETTE,JUDITH MD	
	DE JESUS-ACOSTA,ANA MARIA CRIS	
	DELLABADIA JR,JOHN MD	
	DEOL,DILRAJ MD	
	DESAI,KIRTIKANT I MD	
	DESAI,SHAUN C MD	
	DESIKAN,SARAIJHAA K MD	
	DIAZ-MONTES,TERESA P MD	
	DIB,SALIM I MD	
	DICKSTEIN,RIAN MD	
	DIDOLKAR,MUKUND S MD	
	DOHERTY,BRENDAN MD	
	DONOHUE,CHRISTOPHER MD	
	DORIA,JOSEPH W M.D.	
	DOVE,JOSEPH DPM	
	DROSSNER,MICHAEL N MD	
	DAULAT,WENDY C DDS	
	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	
	ELFREY,MARY K D.O.	
	EMERSON,CAROL MD	
	ENELOW,THOMAS MD	
	ENGLUM,BRIAN R MD	
	EPSTEIN,DAVID K 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	
	FRAZIER,JAMES MD	
	FRAZIER,TIMOTHY S MD	
	FREEMAN,SARAH E MD	
	FUGOSO,VALERIANO P MD	
	GABLE,ASHLEY D 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,AKASH MD	
	GARG,PRADEEP MD	
	GEORGIA,JEFFREY MD	
	GERSH,STEVEN DPM	
	GERSTENBLITH,DANIEL DPM	
	GIARDINA,VITO N DPM	
	GLASER,STEPHEN R MD	
	GOBRIAL,EVEIT E MD	
	GOLDMAN,MICHAEL H MD	
	GOMA,MONIQUE L MD	
	GORMLEY,PAUL E MD	
	GRAHAM, JR.,CHARLES R MD	
	GREENE,CAROL L MD	

	GREEN-SU,FRANCES M MD	
	GROSSO,NICHOLAS MD	
	GRUNEBERG,SHERRI L MD	
	GUARDIANI,ELIZABETH A MD	
	GURETZKY,TARA MD	
	HABIB,FADI M.D.	
	HANSEN,CHRISTIAN H MD	
	HAQUE,MAHMUDUL MD	
	HAROUN,RAYMOND I MD	
	HARRIS,JORDAN K MD	
	HATTEN,KYLE M MD	
	HAYWARD,GERALD MD	
	HEBERT,ANDREA M MD	
	HENNESSY,ROBERT G MD	
	HENRY,GAVIN MD	
	HICKEN,WILLIAM J MD	
	HILL,TERRI MD	
	HOCHULI,STEPHAN U MD	
	HOFFLER,HAYDEN L DPM	
	HORMOZI,DARAB MD	
	HORTON,AMANDA L MD	
	HUDES,RICHARD MD	
	HUNT,NICOLE A MD	
	IM,DWIGHT D MD	
	IMIRU,ABEBE MD	
	INCE,CARLOS MD	
	ISAIAH,AMAL MD	
	IWEALA,UCHECHI A MD	
	JACKSON,PRUDENCE MD	
	JACOB,ASHOK C MD	
	JACOBS,MARIANNE B DO	
	JANZ,BRIAN A MD	
	JENNINGS,SHANNON M MD	
	JOHNSON,GLEN E MD	
	JOHNSON,KELLY MD	
	JULKA,SURJIT S MD	
	KAHL,LAUREN MD	
	KALRA,KAVITA B MD	
	KANTER,MITCHEL A MD	
	KANTER,WILLIAM R MD	

	KAPOOR,RUBINA MD	
	KARMARKAR,RAVINDRA S MD	
	KAR,RAHUL MD	
	KAUFMAN,ADAM C M.D.	
	KENIGSBERG,ALEXANDER P MD	
	KHAN,JAVEED MD	
	KHAN,RAO A MD	
	KHULPATEEA,BEMAN R MD	
	KHURANA,ARUNA Y MD	
	KILMORE,DONNA L MSW	
	KIM,CHRISTOPHER MD	
	KIM,LISA MD	
	KIM,SOON JA MD	
	KLEBANOW,KENNETH M MD	
	KLEINMAN,BENJAMIN DPM	
	KOPACK,ANGELA M MD	
	KRUPNICK,ALEXANDER S MD	
	KUHN,FREDERICK MD	
	KUMAR,AJAY V. MD	
	KUMAR,RAMESH MD	
	KUPPUSAMY,TAMIL S MD	
	KYERE M.D.,SAMPSON A	
	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	
	LEVIN,BRIAN M MD	
	LEVY,DAVID 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	
	MARIASINGAM-DEVASAHAYAM,JOE V	
	MARK,TIFFANY MD	
	MARTINEZ MORALES,ANDY J MD	
	MASON,KAREN T MD	
	MASTERSON,JAMES 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	
	MENDHIRATTA,NEIL MD	
	METZGER,DIANA MD	
	MILLER,KAREN J MD	
	MILLER,PAUL R MD	
	MILLER,RACHAEL B MD	
	MITCHELL,ANTHONY L M.D.	
	MITCHERLING,JOHN J DDS	
	MITCHERLING,WILLIAM W DDS	
	MOORE,JAMES T MD	
	MOORE,ROBERT F M.D.	
	MOUSSAIDE,GHITA MD	
	MUMTAZ,M. ANWAR MD	
	MUNIRA,SIRAJUM MD	
	MURPHY,ANNE MD	
	MURTHY,KALPANA MD	
	MYDLARZ,WOJCIECH MD	
	NAKAZAWA,HIROSHI MD	

	NALLU,ANITHA M.D.	
	NARAYEN,GEETANJALI MD	
	NEUNER,GEOFFREY MD	
	NEUZIL,DANIEL F MD	
	NILES JR,JOHN H	
	NOKURI,SAMUEL MD	
	O'BRIEN,CAITLIN MD	
	O'CONNOR,MEGHAN P MD	
	OLLAYOS,CURTIS MD	
	OTTO,DAVID I MD	
	OTTO,JAMES MD	
	OWENS,KERRY MD	
	OWUSU-ANTWI,KOFI MD	
	PAIVANAS,BRITTANY M MD	
	PARISI,CHRISTINA A MD	
	PARK,CHARLES MD	
	PASUMARTHY,ANITA MD	
	PATAKI,ANDREW M MD	
	PATEL,ALPEN MD	
	PATEL,ANOOP MD	
	PATEL,KRUTI N MD	
	PERVAIZ,KHURRAM MD	
	PETERS,MATTHEW N MD	
	PETIT,LISA MD	
	PHILLIPS JR,GREGORY D MD	
	PIEPRZAK,MARY A MD	
	PIROUZ,BABAK MD	
	PLANTHOLT,STEPHEN J MD	
	POLSKY,MORRIS B MD	
	POON,THAW MD	
	POULTON,SCOTT C MD	
	PRESTI,MICHAEL S DPM	
	PULLMANN,RUDOLF MD	
	PURDY,ANGEL MD	
	QURESHI,JAIBETH A MD	
	RAIKAR,RAJESH V MD	
	RAJA,GEETHA MD	
	RAMOS,ALBERTO R MD	
	RANKIN,ROBERT MD	
	RAVENDHRAN,NATARAJAN MD	

	REDDY,ANURADHA MD	
	REED,ANN MD	
	REHMAN,MALIK A MD	
	REILLY,CHRISTINE MD	
	REINER,BARRY J MD	
	RICHARDSON,LEONARD A MD	
	RITTER,CAROL E MD	
	ROBERTSON,KAISER MD	
	ROTH,JOHN DPM	
	ROTTMANN,EVA I DO	
	RUSSELL,JONATHON O MD	
	RYU,HYUNG MD	
	SABAHI,HANI S	
	SABOURY SICHANI,BABAK MD	
	SAIEDY,SAMER MD	
	SAINI,ANJALI MD	
	SAINI,RUMNEET K MD	
	SAKIANI,SANAZ MD	
	SALAS,LOUIS 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	
	SARKAR,RAJABRATA MD	
	SAVAGE,ANGELA Y DPM	
	SCHNEYER,MARK MD	
	SCHULTHEISS,KIM E M.D.	
	SCHWEITZER,EUGENE M.D.	
	SEIBEL,JEFFREY L MD	
	SEKICKI,VUK MD	
	SETYA,VINEY R MD	
	SHAH,RAJESH M MD	
	SHAIKH,NAOMI N MD	
	SHAPIRO ,BRUCE K	
	SHORTS,ALISON MSCCC-SLP	
	SHUSTER,JERI 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	
	SINGH,JORAWAR MD	
	SINGH,NOVIA DO	
	SINNO,FADY MD	
	SIYAL,ABDUL M 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	
	SPIOTTO,ERNEST MD	
	SRIVALI,NARAT 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	
	TAN,SIMON S MD	
	TANSINDA,JAMES MD	
	TAYLOR,RODNEY J MD	
	TEPLITZKY,TAYLOR B MD	
	THOMAS,MICHELLE D M.D.	
	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
VITHANA, RUKMALEE E 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
WORMSER,BENJAMIN K MD
XIE,KE MD
YI,MING MD
YIM,KENNETH MD
ZADE,RALPH MD
ZHANG,LINDY MD
ZHAO,JUN MD
ZHU,WEIMIN MD
ZUNIGA,LUIS M MD

Ascension Saint Agnes

CALCUL DU MONTANT GÉNÉRALEMENT FACTURÉ

1^{er} juillet 2023

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 « rétrospective » et en incluant le programme de rémunération à l'acte de Medicare et toutes les assurances de santé privés qui paient des demandes d'indemnisation à l'Organisation, le tout conformément à la réglementation du Service des impôts intérieurs (l'IRS). Section 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 : 91,7%

AGB pour les honoraires des médecins : 52,4%

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, par la somme des frais bruts associés à ces demandes d'indemnisation. Les seules demandes d'indemnisation utilisées dans la détermination de l'AGB sont celles qui ont été autorisées par une assurance de santé sur la période de 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, Ascension Saint Agnes a choisi d'appliquer un pourcentage de l'AGB inférieur pour les frais d'établissement hospitalier, comme suit :

AGB : 88,6%

Ascension Saint Agnes

Ascension Saint Agnes, 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 sont les conditions d'admissibilité ?

Vous pouvez obtenir une aide financière si vous vivez à Arbutus 21227, Brooklyn/Linthicum, 21225, Catonsville 21250, 21228, Gwynn Oak 21207, South Baltimore City 21223, 21230, Southwest Baltimore City 21229, West Baltimore City 21215, 21216, 21217, Windsor Mill 21244, Elkridge 21075, Ellicott City 21043. L'aide financière est généralement déterminée par le revenu total de votre ménage comparé au seuil fédéral de pauvreté (FPL). 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 bénéficiez 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 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 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 le dispositif d'aide financière.

Comment puis-je demander l'aide ?

Pour demander 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, 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 sur le site web

<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 ne suis pas admissible ?

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.

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 _____

Lien de parenté avec le patient/demandeur _____

Adresse de la personne apportant le soutien _____

Pour Ascension :

Cette lettre a pour but de vous informer que (nom du patient) _____ ne perçoit que peu ou pas de revenus et que je l'aide à subvenir à ses besoins. 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 de la personne apportant le soutien _____

Date _____



Ascension

[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 n'est disponible que pour les soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires. Nous vous remercions de nous avoir fait confiance pour vous soigner, vous et votre famille, pour tous vos besoins en matière de soins de santé.

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.

Veillez 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.

Veillez 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 aux
patients d'Ascension