

Table des matières

Politique d'Assistance Financière du AJH	3
Applicable A	3
Références	3
Objet.....	3
Définitions.....	4
Admissibilité à l'Assistance Financière de AJH.....	10
Services Non Admissibles à l'Assistance Financière du AJH.....	10
Assistance Disponible	10
Programmes d'Assistance Sociale	12
Assistance par l'entremise du Revenu de sécurité sanitaire	13
Rôle du Conseiller en Assistance Financière.....	15
Obligations du Patient.....	17
Assistance Financière aux Hôpitaux.....	18
Rabais sur l'Assistance Financière	20
Politique d'Assistance Financière.....	20
Les Raisons du Refus.....	23
La Présomption d'Admissibilité	23
Non assuré Montant de la remise et exclusions	24
Services Médicaux d'Urgence	25
Crédit et Encaissement.....	25
Exigences Réglementaires	25
Annexe 1	27
Formulaire de Demande de Soins de Bienfaisance.....	27
Annexe 2	30

Demande pour Problèmes Médicaux	30
Annexe 3	34
Tableau de rabais Basé sur les seuils des revenus et des actifs	34
Montants Généralement Facturés (AGB)	35
Fournisseurs et Cliniques—Couverts et Non Couverts	36
Annexe 6	49
Accès Public aux Documents.....	49
Historique de la politique.....	50

Politique d'Assistance Financière du AJH

Applicable A Cette politique s'applique au Anna Jaques Hospital (« AJH », l'« hôpital » ou l'« Hôpital »), en ce qui concerne l'hôpital qu'il exploite et toute entité substantiellement liée (tel que défini dans la section 501(r) des règlements du Ministère du Trésor) et les prestataires employés par ou affiliés au AJH (voir l'Annexe 5 pour la liste complète des prestataires couverts sous cette politique).

Références

- EMTALA : Collecte d'informations financières
- Politique de crédit et de recouvrement
- Recommandations fédérales sur la pauvreté, Département de la santé et des services sociaux des États-Unis
- Avis de l'IRS 2015 - 46 et 29 CFR §§1.501(r)-(4)-(6)
- Annexe 1 : Demande d'Assistance Financière pour les soins de bienfaisance
- Annexe 2 : Demande d'Assistance Financière pour difficultés médicales
- Annexe 3 : Tableau d'actualisation basé sur les seuils de revenu et d'actifs
- Annexe 4 : Montants généralement facturés (AGB)
- Annexe 5 : Fournisseurs et ministères, visés et non visés
- Annexe 6 : Accès du public aux documents

Objet

Notre mission est de nous distinguer par l'excellence dans les soins aux patients, l'éducation, la recherche et l'amélioration de la santé dans les communautés que nous servons.

Le AJH s'engage à fournir une assistance financière aux patients qui ont besoin de soins de santé et qui ne sont pas assurés, sous-assurés, inadmissibles à un programme gouvernemental ou autrement incapables de payer des Soins d'Urgence, des Soins Urgents ou d'autres Soins Médicalement Nécessaires en fonction de leur situation financière individuelle. La présente politique d'Assistance Financière veut se conformer aux lois fédérales et étatiques applicables à notre secteur de service. Les patients éligibles à l'Assistance Financière recevront des soins à prix réduit de la part des prestataires AJH habilités. Les patients jugés admissibles à

L'Assistance Financière d'un hôpital affilié (y compris l'hôpital Addison Gilbert ; l'hôpital Anna Jaques ; l'hôpital BayRidge ; le Centre Médical Beth Israel Deaconess ; l'hôpital Beth Israel Deaconess – Milton ; l'hôpital Beth Israel Deaconess – Needham ; l'hôpital Beth Israel Deaconess - Plymouth ; l'hôpital Beverly ; l'hôpital et centre médical Lahey, Burlington ; le centre médical Lahey, Peabody ; l'hôpital Mount Auburn ; l'hôpital New England Baptist ; et l'hôpital Winchester) ne seront pas tenus de présenter une nouvelle demande d'Assistance Financière au AJH pendant la Période d'Admissibilité.

L'Assistance Financière offerte en vertu de la présente politique est accordée dans l'espoir que les patients collaboreront au processus de demande de la politique et à ceux des programmes d'intérêt public ou de couverture qui pourraient être offerts pour couvrir le coût des soins.

Nous ne ferons aucune discrimination fondée sur l'âge, le sexe, la race, la croyance, la religion, le handicap, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle, l'origine nationale ou le statut d'immigration du patient au moment de déterminer son admissibilité.

Définitions

Les définitions suivantes s'appliquent à tous les articles de la présente politique.

La classification des services d'urgence et des services non-urgents est fondée sur les définitions générales suivantes, ainsi que sur la décision médicale du clinicien traitant. Les définitions des services de Soins d'Urgence ou de Soins Urgents fournies ci-dessous sont également utilisées par l'Hôpital pour déterminer la couverture admissible des urgences et des créances urgentes irrécouvrables dans le cadre du programme d'Assistance Financière de l'hôpital, y compris le Revenu de sécurité sanitaire.

Actifs : Composé de :

- Comptes d'épargne
- Vérification des comptes
- Comptes d'épargne-santé (CES)*
- Modalités de remboursement des soins de santé (ERS)*

- Comptes de dépenses flexibles (CDF)*

* Si un patient/Garant a un CES, un ERS, un CDF ou un fonds similaire désigné pour les frais médicaux familiaux, cette personne n'est pas admissible à l'assistance en vertu de cette politique, tant que ces actifs ne sont pas épuisés.

Admissibilité Présumée : Dans certaines circonstances, les Patients Non Assurés peuvent être présumés ou jugés admissibles à une Assistance Financière en fonction de leur inscription à d'autres programmes liés aux ressources ou à d'autres sources d'information, non fournies directement par le patient, pour faire une évaluation individuelle des besoins financiers.

Assistance Financière : L'assistance, qui consiste en des soins de bienfaisance et des soins médicaux d'urgence, fournie aux patients admissibles qui, autrement, éprouveraient des difficultés financières, afin de les libérer d'une obligation financière pour des Soins d'Urgence, les Soins Urgents ou les Soins Médicalement Nécessaires fournis par le AJH.

Assureur Privé d'Assurance Maladie : Toute organisation qui n'est pas une unité gouvernementale qui offre une assurance-maladie, y compris les organisations non-gouvernementales qui administrent un régime d'assurance-maladie en vertu de la Loi Avantage assurance maladie.

Condition Médicale d'Urgence : Au sens de l'article 1867 de La loi sur la sécurité sociale (42 U.S.C. 1395dd), l'expression « Etat Médical d'Urgence » désigne un état médical se manifestant par des symptômes aigus suffisamment graves pour que l'on puisse raisonnablement s'attendre à ce que l'absence de soins médicaux entraîne :

1. Le fait de mettre gravement en danger la santé de la personne (où dans le cas d'une femme enceinte, la santé de la femme ou de son enfant à naître) ;
2. L'atteinte grave aux fonctions corporelles ;
3. Le dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie du corps ; ou
4. Dans le cas d'une femme enceinte qui a des contractions :
 - a. Il n'y a pas assez de temps pour effectuer un transfert en toute sécurité à un autre hôpital pour l'accouchement ; et

- b. Ce transfert peut constituer une menace pour la santé ou la sécurité de la femme ou de l'enfant à naître.

En-Réseau : Le AJH et ses affiliés sont contractés par la compagnie d'assurance du patient pour le remboursement à des taux négociés.

Famille : telle que définie par le Service du recensement des États-Unis, un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont liées par la naissance, le mariage ou l'adoption. Si un patient demande qu'une personne soit considérée comme une personne à charge dans sa déclaration de revenus, selon les règles du Service des Impôts, elle peut être considérée comme une personne à charge aux fins de la détermination de son admissibilité à cette politique.

Frais Bruts : Total des frais au plein tarif établi pour la prestation de services de soins aux patients, avant déduction des recettes.

Frais d'Assurance-Maladie à l'acte : C'est l'assurance-maladie offerte en vertu de la partie A et de la partie B du titre XVIII de la Loi sur la sécurité sociale (42 USC 1395c-1395w-5) de Medicare.

Garant : Une personne autre que le patient qui est responsable de la facture du patient.

Hors-Réseau : Le AJH et ses affiliés ne sont pas contractés par la compagnie d'assurance du patient pour le remboursement à des taux négociés, résultant habituellement à une plus grande responsabilité du patient.

Montants Généralement Facturés (AGB) : L'AGB se définit comme les montants généralement facturés pour les Soins d'Urgence, Soins Urgents ou autres Soins Médicalement Nécessaires aux personnes qui ont une assurance couvrant ces soins. Le AJH utilise la méthode « Look-Back » décrite dans 29 CFR § 1.501(r)-5(b)(3) pour déterminer son pourcentage AGB. Le pourcentage AGB est calculé en divisant la somme des montants de toutes les demandes de remboursement du AJH pour les Soins d'Urgence et autres Soins Médicalement Nécessaires qui ont été autorisés par les assureurs privés et le régime d'assurance-maladie au cours de l'exercice précédent (du 1er Octobre au 30 Septembre) (y compris la coassurance, les co-paiements et les franchises) par la somme des Frais Bruts associés pour ces demandes. L'AGB est ensuite déterminé en multipliant le pourcentage de l'AGB par les Frais

Bruts pour les soins fournis au patient. Le AJH n'utilise qu'un seul pourcentage AGB et n'en calcule pas un autre pour les différents types de soins. Le pourcentage de l'AGB sera calculé annuellement au plus tard le 45e jour suivant la clôture de l'exercice précédent, et mis en œuvre au plus tard le 120e jour suivant la clôture de l'exercice financier. Lorsqu'il est établi qu'une personne est admissible à une Assistance Financière en vertu de la présente politique, il ne peut lui être facturé plus que l'AGB pour les Soins d'Urgence, les Soins Urgents ou autres Soins Médicalement Nécessaires.

Pour de plus amples renseignements, voir l'annexe quatre (4).

Niveau Fédéral de Pauvreté : Le Niveau fédéral de pauvreté (FPL) utilise les seuils de revenu qui varient selon la taille et la composition des Familles pour déterminer qui vit dans la pauvreté aux États-Unis. Il est mis à jour périodiquement dans le Régistre Fédéral par le Département de la Santé et des Services Sociaux des États-Unis en vertu du paragraphe (2) de la section 9902 du Titre 42 du Code des États-Unis. Les lignes directrices actuelles du FPL peuvent être consultées à l'adresse <https://aspe.hhs.gov/poverty-guidelines>.

Patient Non Assuré : Un patient qui n'est pas couvert par un assureur santé privé, un assureur ERISA, un programme fédéral de soins de santé (y compris, sans s'y limiter, Medicare à l'acte, Medicaid, SCHIP et CHAMPUS), une indemnisation des accidents du travail ou toute autre aide fournie par un tiers pour couvrir le coût des frais médicaux du patient. Cela inclurait des services qui ne sont pas couverts en raison de limitations réseau, d'avantages d'assurance épuisés, ou d'autres services non couverts.

Patient Sous-Assuré : Toute personne bénéficiant d'une couverture privée ou gouvernementale pour laquelle il serait difficile financièrement de payer intégralement les frais médicaux prévus pour les services médicaux fournis par le AJH .

Période d'Admissibilité : Les demandeurs jugés admissibles à une Assistance Financière se verront accorder une aide pour une période de six mois à compter de la date d'acceptation. Les patients admissibles à l'Assistance Financière peuvent attester qu'il n'y a eu aucun changement à leur situation financière à la fin de la Période d'Admissibilité de six (6) mois pour prolonger l'admissibilité de six (6) mois.

Utilisateur Remise pour les non assurés : remise appliquée aux patients non assurés (voir définition ci-dessous) pour les services médicaux nécessaires. Les exclusions à cette remise sont appliquées et sont contenues dans cette politique.

Période de Demande : C'est la période au cours de laquelle les demandes d'Assistance Financière seront acceptées et traitées. La période de demande commence à la date à laquelle le premier relevé de facturation après le congé est fourni et se termine le 240e jour après cette date.

Plan de Paiement : C'est un Plan de Paiement accepté par le AJH ou par un tiers représentant le AJH et le patient/Garant pour les frais à la charge du patient. Le Plan de Paiement tiendra compte de la situation financière du patient, du montant dû et de tout paiement antérieur.

Problèmes Médicaux : Assistance Financière accordée aux patients admissibles dont les frais médicaux représentent au moins 25 % de leur Revenu Familial.

Revenu Familial : Le Revenu Familial d'un demandeur est le revenu brut combiné de tous les membres adultes de la Famille vivant dans le même ménage et figurant dans la dernière déclaration de revenus fédérale. Pour les patients de moins de 18 ans, le Revenu Familial comprend celui du ou des parents ou des beaux-parents, ou des beaux-parents, ou des parents soignants. Le Revenu Familial est déterminé à l'aide de la définition du Census Bureau, telle que suivie pour les lignes directrices fédérales sur la pauvreté :

1. Comprend les gains, les indemnités de chômage, les indemnités d'accident du travail, la sécurité sociale, les revenus supplémentaires de sécurité, l'aide publique, les paiements aux anciens combattants, les prestations de survivant, les revenus de pension ou de retraite, les intérêts, les dividendes, les loyers, les redevances, les revenus de succession, les fiducies, les allocations scolaires, les pensions alimentaires pour enfants
2. Les avantages autres qu'en espèces (comme les bons d'alimentation et les subventions au logement) ne comptent pas
3. Déterminé sur une base avant impôts (brut)
4. Exclut les gains et les pertes en capital

Sans-abri : Tel que défini par le gouvernement fédéral, et publié dans le registre fédéral par le HUD : « Personne ou Famille qui n'a pas de résidence de nuit fixe, régulière et adéquate, ce qui signifie qu'elle a une résidence de nuit principale qui est un lieu public ou privé non destiné à l'habitation humaine ou qui vit dans un refuge public ou privé conçu pour offrir des conditions de vie temporaires. Cette catégorie comprend également les personnes qui quittent un établissement où elles ont résidé pendant 90 jours ou moins et qui résidaient dans un refuge d'urgence ou un endroit non destiné à l'habitation humaine immédiatement avant leur entrée en établissement. »

Service Électif : Un service hospitalier qui n'est pas qualifié de Soins d'Urgence, de Soins Urgents ou d'autres Services Médicalement Nécessaires (comme défini ci-dessous),

Soins d'Urgence : Articles ou services fournis pour les besoins d'évaluation, de diagnostic ou de traitement d'une Condition Médicale d'Urgence.

Soins de Bienfaisance : Les patients, ou leurs Garants, dont le Revenu Familial annuel est égal ou inférieur à 400 % du FPL et qui satisfont par ailleurs aux autres critères d'admissibilité énoncés dans la présente politique, recevront une exonération totale du solde des services médicaux admissibles fournis par le AJH pour l'équilibre responsable du patient.

Soins Médicalement Nécessaires : Ce sont les articles et services médicaux nécessaires, comme les services de soins de santé fournis aux patients hospitalisés ou externes aux fins d'évaluation, de diagnostic ou de traitement d'une blessure ou d'une maladie. En plus de rencontrer les critères cliniques, de tels articles ou services sont habituellement définis comme couverts par l'Assurance-maladie à l'acte, les assureurs médicaux privés ou d'autres régimes d'assurance de tierce partie.

Soins Urgents : Soins Médicalement Nécessaires fournis dans un hôpital de soins actifs après l'apparition soudaine d'un état médical, physique ou mental, se manifestant par des symptômes aigus d'une gravité suffisante (y compris une douleur intense) pour qu'un profane averti puisse raisonnablement penser que l'absence de soins médicaux dans les 24 heures risque de mettre la santé du patient en péril ou de nuire au fonctionnement physique, à une déficience de tout organe ou partie du corps.

Admissibilité à l'Assistance Financière de AJH

Les services admissibles à l'Assistance Financière de AJH doivent être cliniquement appropriés et conformes aux normes de pratique médicale acceptables, et incluent :

Il s'agit notamment de ce qui suit :

1. Les frais d'établissement En-Réseau et hors-Réseau pour les Soins d'Urgences tels que définis ci-dessus.
 2. Frais d'établissement En-Réseau pour les Soins Urgents, tels que définis ci-dessus.
 3. Frais d'établissement En-Réseau pour les Soins Médicalement Nécessaires, tels que définis ci-dessus.
 4. Les frais professionnels En-Réseau et Hors-Réseau pour les Soins d'Urgence, les Soins Urgents ou les Soins Médicalement Nécessaires définis ci-dessus, rendus par des fournisseurs employés par le AJH et ses affiliés, tels qu'énumérés dans l'annexe cinq (5).
-

Services Non Admissibles à l'Assistance Financière du AJH

Les services non-éligibles à l'Assistance Financière incluent :

1. Les frais professionnels et les frais d'établissement pour les services électifs, tels que définis ci-dessus :
 2. Les frais professionnels pour des soins reçus de prestataires qui ne suivent pas la politique d'Assistance Financière (par exemple, les professionnels de la santé ou les médecins privés ou non-membres du AJH, le transport en ambulance, etc.), tels qu'énumérés dans l'annexe cinq (5). Les patients sont encouragés à communiquer directement avec ces fournisseurs pour savoir s'ils offrent de l'aide financière et pour prendre des arrangements de paiement. Voir l'annexe cinq (5) pour une liste complète des fournisseurs qui ne sont pas couverts par la présente politique
 3. Les frais d'établissement hors-Réseau et les frais professionnels pour les Soins Urgents et les Soins Médicalement Nécessaires qui ne sont pas des Soins d'Urgence, tels que définis ci-dessus.
-

Assistance Disponible

Le AJH offre aux patients de l'aide pour présenter une demande aux programmes d'aide publique et d'Assistance Financière hospitalière, comme il est décrit plus en détail ci-dessous.

Le AJH fera des efforts diligents pour connaître le statut d'assurance du patient et d'autres informations afin de vérifier la couverture pour les services

de soins de santé d'urgence, hospitaliers ou ambulatoires qui seront fournis par l'hôpital. Tous les renseignements seront obtenus avant la prestation de tout article ou service de qui ne constitue pas des Soins d'Urgence ou des Soins Urgents. L'Hôpital reportera toute tentative d'obtenir ces renseignements pendant la prestation de tout service de Soins d'Urgence de niveau EMTALA ou de Soins Urgents, si le processus d'obtention de ces renseignements retarde ou entrave l'examen médical de dépistage ou les services entrepris pour stabiliser une condition médicale urgente.

Les efforts de diligence raisonnable déployés par l'hôpital pour déterminer si une assurance de tierce partie ou une autre ressource peut être responsable du coût des services fournis par l'hôpital doivent comprendre, sans s'y limiter, la détermination par le patient s'il existe une politique applicable qui couvre les frais des réclamations, notamment : (1) la police d'assurance responsabilité civile automobile ou habitation (2) la police générale de protection contre les accidents ou les blessures corporelles (3) les programmes d'indemnisation des accidentés du travail et les (4) polices d'assurance pour étudiants, entre autres. Si l'hôpital est en mesure d'identifier une tierce partie ou a reçu un paiement d'un tiers ou d'une autre ressource (y compris d'un assureur privé ou d'un autre programme public), l'hôpital déclarera le paiement au programme applicable et le déduira, s'il y a lieu, conformément aux exigences du programme en matière de traitement des demandes de remboursement, de toute autre somme qui pourrait avoir été versée par la tierce partie ou une autre personne. Pour les programmes d'assistance publique de l'État qui ont effectivement payé le coût des services, l'hôpital n'est pas tenu d'obtenir une assignation sur le droit du patient à une couverture des services par une tierce partie. Dans ces cas, le patient doit savoir que le programme d'État applicable peut tenter d'obtenir une assignation sur les coûts des services fournis au patient.

Le AJH vérifiera le système de vérification de conformité du Massachusetts (SVE) pour s'assurer que le patient n'est pas un patient à faible revenu et n'a pas soumis une demande de couverture pour MassHealth, le programme de paiement des primes d'assistance géré par le Coordonnateur Santé, le Responsable de sécurité médicale pour enfants et celui de revenu de sécurité sanitaire avant de soumettre les réclamations au Bureau du Revenu de sécurité sanitaire contre les créances douteuses.

**Programmes
d'Assistance
Sociale**

Pour les Patients Non Assurés ou les Patients sous-Assurés, l'hôpital travaillera avec ces patients pour les aider à faire une demande d'aide publique qui pourrait couvrir une partie ou la totalité de leurs factures impayées. Afin d'aider les Patients Non Assurés et les Patients sous-Assurés à trouver des options disponibles et appropriées, l'hôpital fournira à toutes les personnes un avis général de la disponibilité des programmes d'assistance publique lors de l'inscription initiale du patient en personne dans un établissement hospitalier pour un service, tout en incluant les frais d'administration de l'assurance dans toutes les factures envoyées à un patient ou à un Garant, et lorsque le fournisseur en est avisé ou par sa diligence raisonnable prend connaissance du changement de l'admissibilité à une couverture d'assurance publique ou privée de ce patient.

Les patients hospitalisés peuvent être admissibles à des services de soins de santé gratuits ou à coût réduit dans le cadre de divers programmes d'assistance publique des États (y compris, mais sans s'y limiter, MassHealth, le programme de paiement des primes d'assistance géré par le Coordonnateur Santé, le Responsable de sécurité médicale pour enfants et celui de revenu de sécurité sanitaire). Ces programmes visent à assister les patients à faible revenu en tenant compte de la capacité de chacun de contribuer au coût de ses soins. Dans le cas des Patients Non Assurés ou les Patients Sous-Assurés, l'hôpital les aidera, sur demande, à présenter une demande de couverture dans le cadre de programmes d'assistance publique qui peuvent couvrir la totalité ou une partie de leurs frais d'hôpital impayés.

L'Hôpital est disponible pour aider les patients à s'inscrire aux programmes d'assurance-maladie de l'État. Il s'agit notamment de MassHealth, le programme d'aide au paiement des primes géré par le Centre de santé de l'État, et du Programme de sécurité médicale pour les enfants. Pour ces programmes, les candidats peuvent soumettre une demande par l'entremise d'un site Web en ligne (qui se trouve au centre du site Web du Centre de santé de l'État), d'une demande papier ou par téléphone avec un représentant du service à la clientèle situé à MassHealth ou par le Centre de liaison. Les personnes peuvent également demander l'aide des conseillers financiers de l'hôpital (aussi appelés conseillers financiers agréés) pour présenter leur demande soit sur le site Web, soit sur une demande papier.

**Assistance par
l'entremise du
Revenu de
sécurité
sanitaire**

Grâce à sa participation au Programme de Revenu de sécurité sanitaire du Massachusetts, l'hôpital offre aussi une aide financière aux Patients Non Assurés et les Patients sous-Assurés à faible revenu qui sont des résidents du Massachusetts et qui répondent aux critères de revenu. Le Revenu de sécurité sanitaire a été créé pour répartir plus équitablement le coût de la prestation de soins non rémunérés aux Patients Non Assurés et les Patients sous-Assurés à faible revenu au moyen de soins gratuits ou à prix réduit dans les hôpitaux de soins actifs du Massachusetts. La mise en commun des soins non rémunérés dans le cadre du Revenu de sécurité sanitaire s'effectue au moyen d'une évaluation de chaque hôpital afin de couvrir le coût des soins pour les Patients Non Assurés et les Patients sous-Assurés dont le revenu est inférieur à 300 % du seuil de pauvreté fédéral.

Les patients à faible revenu qui reçoivent des services à l'Hôpital peuvent être admissibles à une aide financière par le Programme de Revenu de sécurité sanitaire, y compris des soins gratuits ou partiellement gratuits pour des services admissibles au Programme de Revenu de sécurité sanitaire définis dans la norme 101 CMR 613.00.

(a) Revenu de sécurité sanitaire - Primaire

Les Patients Non Assurés qui résident à Massachusetts et dont le revenu du ménage a été vérifié par le MAGI MassHealth ou le Revenu Familial du programme Problèmes Médicaux, tel que décrit au paragraphe 101 CMR 613.04(1), entre 0 et 300 % du Niveau de Pauvreté Fédéral peuvent être éligibles aux services du Revenu de sécurité sanitaire.

La Période d'Admissibilité et le type de services pour le programme primaire de protection du revenu de santé sont limités pour les patients admissibles à l'inscription au Programme d'Assistance au Paiement des Primes administré par Health Connector, tel que décrit aux alinéas 101 CMR 613.04(5)a) et b). Les patients assujettis aux exigences du Programme de Santé des Etudiants du M.G.L.M. c. 15A, § 18 ne sont pas admissibles au Revenu de sécurité sanitaire – *Primaire*.

(b) Revenu de sécurité sanitaire -Secondaire

Les patients qui sont des résidents du Massachusetts avec une assurance santé primaire et une assurance *MassHealth MAGI Household Income* ou un Revenu Familial Prévisible du programme Problèmes Médicaux, comme décrit dans 101 CMR 613.04(1), entre 0 et 300 % du FPL peuvent être jugés éligibles au Revenu de sécurité sanitaire. La Période d'Admissibilité et le type de services offerts par Revenu de sécurité

sanitaire- *Secondaire* sont limités pour les Patients Admissibles à l'inscription au Programme d'Assistance au Paiement des Primes administré par **Health Connector** comme décrit dans 101 CMR 613.04(5)a) et (5) (b). Les patients assujettis aux exigences du Programme de Santé des Etudiantes du M.G.L.M. c. 15A, § 18 ne sont pas admissibles au Revenu de sécurité sanitaire - *Secondaire*.

(c) Revenu de sécurité sanitaire - *Franchises partielles*

Les patients qui sont admissibles au Revenu de sécurité sanitaire *Primaire* ou au Revenu de sécurité sanitaire - *Secondaire* ayant un MassHealth MAGI Household Income ou un Revenu Familial Calculable du programme Problèmes Médicaux entre 150,1 % et 300 % du FPL peuvent être assujettis à une franchise annuelle si tous les membres du Groupe Familial de Facturation des Primes (PFBG) ont un revenu qui dépasse 150,1 % de ce FPL. Ce groupe est défini dans l'alinéa 130 CMR 501.0001.

Si un membre du projet PFBG a un FPL inférieure à 150,1 %, il n'y a aucune franchise pour ce membre du projet PFBG. La franchise annuelle est égale au plus élevée des deux montants suivants :

1. Le Programme d'Assistance au Paiement des Primes le moins coûteux administré par Health Connector, est ajusté en fonction de la taille du projet PFBG proportionnellement aux normes Mass Health FPL Income, en date du début de l'année civile ; ou
2. 40 % de la différence entre le Revenu du Ménage ou le Revenu Familial Calculable du programme Problèmes Médicaux le plus faible, tel que décrit au paragraphe 101 CMR 613.04(1), dans le Groupe Familial de PFBG du demandeur et 200 % du FPL.

(d) Revenu de sécurité sanitaire - *Problèmes Médicaux*

Un résident du Massachusetts, quel que soit son revenu, peut être admissible à une aide médicale d'urgence par l'entremise du programme **Health Safety Net – Medical Hardship** (Problèmes Médicaux) si les frais médicaux admissibles ont tellement réduit son revenu assurable qu'il est incapable de payer les services de santé. Pour être admissible à l'Assurance-maladie Revenu de sécurité sanitaire, les frais médicaux admissibles du demandeur doivent dépasser un pourcentage précis du revenu assurable du demandeur, défini dans l'alinéa 101 CMR 613 :

La contribution exigée du demandeur est calculée comme le pourcentage déterminé du Revenu Assurable en vertu de l'alinéa 101

CMR 613.05(1)b) en fonction du FPL de la Famille en cas de *Problèmes Médicaux* multiplié par le Revenu Assurable réel moins les factures non-admissibles au paiement du Revenu de sécurité sanitaire dont le demandeur demeure responsable. D'autres exigences relatives aux *Problèmes Médicaux* sont précisées dans la norme 101 CMR 613.05.

Un hôpital peut demander un dépôt de Garantie aux patients admissibles aux Problèmes Médicaux. Les dépôts seront limités à 20 % de la contribution des Problèmes Médicaux jusqu'à concurrence de 1 000 \$. Tous les soldes restants seront assujettis aux conditions du Plan de Paiement établies à l'alinéa 101 CMR 613.08(1)g).

Pour les Problèmes Médicaux, l'hôpital travaillera avec le patient pour déterminer si un programme comme celui des Problèmes Médicaux serait approprié et soumettra une demande pour Problèmes Médicaux au Revenu de sécurité sanitaire. Le patient a l'obligation de fournir tous les renseignements nécessaires demandés par l'hôpital dans un délai approprié pour s'assurer que l'hôpital peut présenter une demande dûment remplie.

**Rôle du
Conseiller en
Assistance
Financière**

L'hôpital aidera les Patients Non Assurés et les Patients Sous-Assurés à présenter une demande d'assurance-maladie dans le cadre d'un programme d'assistance publique (y compris, mais sans s'y limiter, MassHealth, le programme de paiement des primes d'assistance géré par Health Connector et le Programme de Sécurité Médicale pour Enfants) et à travailler avec les personnes pour les inscrire en cas de besoin. L'hôpital aidera également les patients qui souhaitent faire une demande d'aide financière par l'entremise du Revenu de sécurité sanitaire.

L'hôpital :

- a) Fournira de l'information sur la gamme complète des programmes, y compris MassHealth, le programme d'assistance au paiement des primes géré par Health Connector, le Programme de Sécurité Médicale pour les Enfants et le Revenu de sécurité sanitaire ;
- b) Aidera les personnes à remplir une nouvelle demande d'assurance ou à présenter une demande de renouvellement pour une assurance existante ;
- c) Travaillera avec la personne pour obtenir toute la documentation requise ;

- d) Présentera des demandes ou des renouvellements (ainsi que toute la documentation requise) ;
- e) Interagira, s'il y a lieu et dans la mesure permise par les limites actuelles du système, avec les programmes au sujet de l'état de ces demandes et renouvellements ;
- f) Aidera à faciliter l'adhésion des demandeurs ou des bénéficiaires aux programmes d'assurance ; et
- g) Offrira et fournira de l'aide pour l'inscription des électeurs.

L'hôpital informera le patient de son obligation de lui fournir, ainsi qu'à l'organisme d'État concerné des renseignements exacts et opportuns concernant son nom complet, son adresse, son numéro de téléphone, sa date de naissance, son numéro de sécurité sociale (le cas échéant), ses options d'assurance actuelles (y compris une assurance habitation, automobile et autre assurance responsabilité) pouvant couvrir le coût des soins reçus, toute autre ressource financière applicable et des renseignements sur la nationalité et la résidence. Ces renseignements seront soumis à l'État dans le cadre de la demande d'assistance du programme public afin de déterminer la couverture pour les services fournis à la personne.

Si la personne ou le Garant n'est pas en mesure de fournir les renseignements nécessaires, l'hôpital peut (à la demande de la personne) faire des efforts raisonnables pour obtenir des renseignements supplémentaires d'autres sources. Ces efforts comprennent également la collaboration avec les particuliers, à leur demande, pour déterminer si une facture de services devrait leur être envoyée pour les aider à payer la franchise unique. Cela se produira lorsque la personne planifie ses services, au moment de l'inscription préalable, pendant qu'elle est admise à l'hôpital, au moment de son congé ou pendant une période raisonnable après son congé de l'hôpital. Les renseignements obtenus par l'hôpital seront conservés conformément aux lois fédérales et étatiques applicables en matière de confidentialité et de sécurité.

L'hôpital informera également le patient au cours du processus de demande de l'obligation qui lui incombe de signaler à l'hôpital et à l'organisme d'État qui fournit la couverture des services de soins de santé tout tiers qui pourrait être responsable du paiement des réclamations, y compris une police d'assurance habitation, automobile ou autre responsabilité. Si le patient a présenté une demande de règlement auprès d'un tiers ou a intenté une poursuite contre un tiers, l'hôpital avisera le patient de l'obligation d'aviser le fournisseur et le programme de l'État dans les 10 jours suivant de telles actions. Le patient sera également informé qu'il doit rembourser à

l'organisme d'État approprié le montant des soins de santé couverts par le programme d'État s'il y a un recouvrement sur la réclamation, ou céder des droits à l'État pour lui permettre de récupérer son montant applicable.

Lorsque la personne communique avec l'hôpital, ce dernier tente de déterminer si elle est admissible à un programme d'aide publique ou au programme d'Assistance Financière de l'hôpital. Une personne qui est inscrite à un programme d'aide sociale peut avoir droit à certaines prestations. Les personnes peuvent également être admissibles à une aide supplémentaire en fonction du programme d'Assistance Financière de l'hôpital en se basant sur leurs revenus, leurs biens et leurs frais médicaux admissibles.

Obligations du Patient

Avant la prestation de tout service de soins de santé (à l'exception des services fournis pour stabiliser un patient ayant un état médical d'urgence ou nécessitant des Soins Urgents), le patient doit fournir des renseignements exacts et à jour sur sa situation d'assurance actuelle, des renseignements démographiques, les changements apportés à son Revenu Familial ou à sa police d'assurance collective (le cas échéant), et, si ces renseignements sont connus, les franchises, coassurance ou co-paiements requis par son assurance ou programme financier applicable. L'information détaillée pour chaque élément devrait comprendre, sans toutefois s'y limiter :

- Nom complet, adresse, numéro de téléphone, date de naissance, numéro de sécurité sociale (s'il y a lieu), options actuelles d'assurance-maladie, renseignements sur la citoyenneté et la résidence, et ressources financières applicables du patient qui peuvent servir à payer sa facture ;
- Le cas échéant, le nom complet du Garant du patient, son adresse, son numéro de téléphone, sa date de naissance, son numéro de sécurité sociale (s'il y a lieu), les options de couverture d'assurance maladie actuelles et les ressources financières qui peuvent être utilisées pour payer la facture du patient ; et
 - Les autres ressources qui peuvent être utilisées pour payer leur facture, y compris d'autres programmes d'assurance, des polices d'assurance automobile ou d'assurance habitation si le traitement est attribuable à un accident, des programmes d'indemnisation des accidentés du travail, des polices d'assurance pour étudiants et tout

autre Revenu Familial comme les héritages, les cadeaux ou quelque chose provenant de toute fiducie disponible, entre autres.

Il incombe au patient de faire le suivi de sa facture d'hôpital impayée, y compris toute quote-part, coassurance et franchise existantes, et de communiquer avec l'hôpital s'il a besoin d'aide pour payer leur facture. Le patient est en outre tenu d'informer son assureur-maladie actuel (s'il en a un) ou l'organisme d'État qui a déterminé son admissibilité à un programme public de tout changement dans son Revenu Familial ou sa situation d'assurance. L'hôpital peut également aider le patient à mettre à jour son admissibilité à un programme public lorsqu'il y a des changements dans le Revenu Familial ou le statut d'assurance, pourvu que le patient informe l'hôpital de tout changement dans son admissibilité.

Les patients sont également tenus d'aviser l'hôpital et le programme applicable dont ils bénéficient (par exemple, *MassHealth*, *Connector* ou Revenu de sécurité sanitaire) de tout renseignement lié à un changement du Revenu Familial ou s'ils font partie d'une demande de règlement d'assurance qui pourrait couvrir le coût des services fournis par l'hôpital. S'il y a une tierce partie (comme, mais sans s'y limiter, une assurance habitation ou automobile) qui est responsable de couvrir le coût des soins en raison d'un accident ou d'un autre incident, le patient travaillera avec l'hôpital ou le programme applicable (y compris, sans s'y limiter, MassHealth, Connecteur ou Revenu de sécurité sanitaire) pour attribuer le droit de récupérer le montant payé ou non payé pour ces services.

**Assistance
Financière aux
Hôpitaux**

L'Assistance Financière sera accordée aux Patients Non Assurés et aux Patients sous-Assurés et leurs Garants respectifs qui répondent aux critères précis définis ci-dessous. Ces critères assureront que cette politique d'Assistance Financière est appliquée de manière cohérente dans l'ensemble du AJH. Le AJH se réserve le droit de réviser, modifier ou changer cette politique si nécessaire ou approprié. Le AJH aidera les personnes à présenter une demande d'Assistance Financière hospitalière en remplissant une demande (voir les Annexes 1 et 2).

Les moyens de paiement (assurance disponible par le biais de l'emploi, **Medicaid**, Fonds Indigent, Victimes de Crimes Violents, etc.) doivent être examinés et évalués avant qu'un patient soit considéré pour une Assistance Financière. S'il apparaît qu'un patient peut être admissible à une autre aide, le

AJH l'orientera vers l'organisme approprié pour l'aider à remplir les demandes et les formulaires ou l'assister dans ces demandes. Les demandeurs d'aide doivent satisfaire à toutes les autres options de paiement comme condition d'approbation de l'Assistance Financière hospitalière, y compris les programmes d'aide publique et le Revenu de sécurité sanitaire, tel décrit ci-dessus.

Les demandeurs d'Assistance Financière sont responsables de présenter une demande aux programmes publics et d'obtenir une couverture d'assurance-maladie privée. Les patients/Garants qui choisissent de ne pas collaborer à la demande de programmes identifiés par le AJH comme sources possibles de paiement peuvent se voir refuser une Assistance Financière. On s'attend à ce que les demandeurs contribuent au frais de leurs soins en fonction de leur capacité de payer, comme il est indiqué dans la présente politique.

Les patients/Garants qui peuvent être éligibles à Medicaid ou à une autre assurance maladie doivent faire une demande d'assurance Medicaid ou présenter une preuve qu'ils ont fait une demande d'assurance Medicaid ou autre par l'entremise du Marché Fédéral d'Assurance Santé dans les six (6) mois précédents après leur demande pour une Assistance Financière AJH. Les patients/Garants doivent collaborer au processus de demande décrit dans la présente politique afin d'être admissibles à l'Assistance Financière.

Les critères dont doit tenir compte le AJH lorsqu'il évalue l'admissibilité d'un patient à l'Assistance Financière hospitalière sont les suivants :

- Revenu Familial
- Actifs
- Obligations Médicales
- Épuisement de toutes autres aides publiques ou privées disponibles

Le programme d'Assistance Financière du AJH est offert à tous les patients qui répondent aux critères d'admissibilité énoncés dans la présente politique, peu importe leur emplacement géographique ou leur statut de résidence. L'Assistance Financière sera accordée aux patients/Garants en fonction des besoins financiers et conformément aux lois fédérales et des États.

Une Assistance Financière sera offerte aux patients sous-assurés admissibles, à condition que cette aide soit conforme à l'entente contractuelle de l'assureur. Aucune Assistance Financière n'est généralement offerte pour le

paiement de la quote-part du patient ou des soldes dans l'éventualité où le patient ne se conformerait pas aux exigences de l'assurance.

Les patients Titulaires d'un Compte d'Épargne-santé (HSA), d'un Compte de Remboursement de Soins de Santé (HRA) ou d'un Compte de Dépenses Flexible (FSA) devront utiliser les fonds du compte avant d'être considérés admissibles à l'Assistance Financière Hospitalière. Le AJH se réserve le droit d'annuler les rabais décrits dans cette politique dans le cas où il détermine raisonnablement que de telles conditions violent toute obligation légale ou contractuelle de AJH.

**Rabais sur
l'Assistance
Financière**

Selon l'évaluation du Revenu Familial, des actifs et des obligations médicales d'un demandeur, les patients peuvent bénéficier de l'un des rabais énumérés ci-dessous. Tous les rabais indiqués se rapportent à l'équilibre responsable du patient. Les co-paiements hors-Réseau, la coassurance et les franchises ne sont pas admissibles à une Assistance Financière. De même, les patients assurés qui choisissent de ne pas utiliser leur couverture par un tiers (« paiement volontaire ») ne sont pas admissibles à l'Assistance Financière pour le montant dû pour tout compte enregistré comme paiement volontaire. En aucun cas, toutefois, un patient jugé admissible à l'Assistance Financière hospitalière ne sera facturé plus que l'AGB.

Soins de Bienfaisance : Le AJH offrira des soins à rabais de 100 % en vertu de la présente politique pour les patients/Garants dont le Revenu Familial est égal ou inférieur à 400 % du PFL actuel et qui répondent par ailleurs aux autres critères d'admissibilité énoncés dans cette politique.

Problèmes Médicaux : Une réduction de 100 % sera accordé aux patients admissibles dont la dette médicale est supérieure ou égale à 25 % de leur Revenu Familial et qui répondent par ailleurs aux autres critères d'éligibilité énoncés dans la présente politique.

**Politique
d'Assistance
Financière**

L'information relative à la politique d'Assistance Financière du AJH, le résumé en langage clair et la demande d'Assistance Financière sont disponibles, sans frais, sur le site Web du AJH, affichés dans les hôpitaux et les cliniques et seront traduits dans toute langue qui constitue la langue de

travail des 1 000 personnes ou 5 % des résidents dans la communauté desservie par le centre AJH (la moindre des deux évaluations).

De plus, le AJH fait référence aux politiques de paiement et à l'Assistance Financière sur tous les relevés mensuels imprimés des patients et les lettres de recouvrement. Des renseignements sur la politique d'Assistance Financière sont disponibles, en tout temps, sur demande.

1. Les patients/Garants peuvent présenter une demande d'Assistance Financière en tout temps pendant la période d'admissibilité.
2. Pour être admissibles à l'Assistance Financière, les patients/Garants doivent collaborer et fournir des documents financiers, personnels ou autres, pertinents à la détermination de leurs besoins financiers. Un formulaire de demande d'Assistance Financière peut être obtenu de l'une ou des façons suivantes :
 - a. Sur le site Web public du AJH : <http://www.ajh.org/patient-and-visitor-information>
 - b. En personne au Bureau de Conseil Financier
25 Highland Avenue
Newburyport, MA 01950
(978) 463-1134
 - c. Composez le numéro ci-dessus pour demander une copie à envoyer par la poste.
 - d. Composez le numéro ci-dessus pour demander une copie électronique.
3. Les patients/Garants doivent fournir les informations financières ou comptables accessibles au patient. Le Revenu Familial peut être vérifié à l'aide de l'un ou l'autre ou de l'ensemble des éléments suivants :
 - a. Formulaires W2s et/ou 1099 actuels
 - b. Déclarations fiscales actuelles de l'État ou du gouvernement fédéral
 - c. Quatre (4) fiches de paie les plus récentes.
 - d. Quatre (4) derniers relevés de chèques et/ou relevés d'épargne
 - e. Comptes d'épargne santé
 - f. Modalités de remboursement des soins de santé
 - g. Comptes de dépenses souples
4. Avant d'évaluer l'admissibilité à l'Assistance Financière, le patient/Garant doit présenter une preuve qu'il ou elle a faite une demande d'assurance Medicaid ou autre assurance maladie par

- l'intermédiaire du Marché Fédéral de l'Assurance Maladie, et doit fournir la documentation de toute couverture par une tierce partie.
- a. Les conseillers financiers du AJH aideront les patients et les Garants à faire une demande de Medicaid et aideront ensuite ces mêmes personnes à faire une demande d'Assistance Financière.
 - b. Si une personne fait une demande d'Assistance Financière lors de l'inscription ouverte au Marché Fédéral de l'Assurance Maladie, cette personne est tenue de demander une couverture avant l'évaluation par le AJH de toute demande d'Assistance Financière.
5. Le AJH *ne peut pas* refuser une Assistance Financière en vertu de la présente politique en raison du défaut d'une personne de fournir des renseignements ou des documents qui ne sont pas clairement décrits dans la présente politique ou dans la demande d'Assistance Financière.
 6. Le AJH déterminera l'admissibilité finale à l'Assistance Financière dans les trente (30) jours ouvrables suivant la réception d'une demande dûment remplie.
 7. La documentation de la détermination finale de l'admissibilité sera faite sur tous les comptes courants (solde ouvert) des patients rétroactivement à 6 mois à compter de la demande. Une lettre de décision sera envoyée au patient/Garant.
 8. Si un patient/Garant soumet une demande incomplète, un avis sera envoyé au patient/Garant lui expliquant quels renseignements manquent. Le patient/Garant aura trente (30) jours pour se conformer et fournir les renseignements demandés. Si la demande n'est pas remplie, l'Assistance Financière sera refusée.
 9. Une détermination de l'admissibilité à l'Assistance Financière basée sur la présentation d'une demande d'Assistance Financière demeurera valide pour la période d'admissibilité pour tous les services médicaux admissibles fournis et inclura toutes les créances en suspens pour les six (6) mois précédents, y compris celles des agences de créances irrécouvrables. Les patients qui ont été jugés admissibles pour une Assistance Financière par le AJH ou un hôpital affilié à l'intérieur de la Période d'Admissibilité seront automatiquement considérés comme admissibles pour le programme d'Assistance Financière de l'hôpital pour la période de six mois à compte de la date de détermination de leur admissibilité. Il incombe au patient/Garant d'aviser le AJH de tout changement financier durant la Période d'Admissibilité. Le défaut de le faire pourrait entraîner la perte de l'admissibilité.

10. Les patients admissibles à l'Assistance Financière recevront un remboursement pour tout paiement effectué qui dépasse le montant que la personne est personnellement responsable de payer.
-

Les Raisons du Refus

Le AJH peut refuser une demande d'Assistance Financière pour diverses raisons, y compris, mais sans s'y limiter :

- Revenu Familial suffisant
- Niveau d'actifs suffisant
- Le patient ne coopère pas ou ne réagit pas aux efforts raisonnables déployés pour travailler avec lui ou avec le Garant.
- Demande d'Assistance Financière incomplète malgré des efforts raisonnables pour travailler avec le patient/Garant
- En attente d'une assurance ou d'une demande d'indemnisation responsabilité civile
- Retenue du paiement d'assurance et/ou des fonds de règlement d'assurance, y compris les paiements envoyés au patient/Garant pour couvrir les services fournis par le AJH, et les demandes d'indemnisation pour blessures corporelles et/ou accidents connexes

La Présomption d'Admissibilité

Le AJH comprend que tous les patients ne sont pas en mesure de remplir une demande d'Assistance Financière ou de se conformer aux demandes de documentation. Il peut y avoir des cas où l'admissibilité d'un patient/Garant à l'Assistance Financière est établie sans qu'il ait rempli le formulaire de demande. D'autres renseignements peuvent être utilisés par le AJH pour déterminer si le compte d'un patient/Garant est irrécouvrable et ces renseignements serviront à déterminer l'Admissibilité Présumée.

L'Admissibilité Présumée peut être accordée aux patients en fonction de leur admissibilité à d'autres programmes ou des circonstances de leur vie, par exemple :

- Les patients/Garants qui ont déclaré faillite. En cas de faillite, seul le solde du compte à la date de la libération de la faillite sera radié.
- Les patients/Garants décédés sans succession en cours d'homologation.
- Les patients/Garants considérés comme Sans-abri.

- Les comptes dont le recouvrement a été jugé irrécouvrable par l'agence de recouvrement pour l'une ou l'autre des raisons susmentionnées et pour lesquels aucun paiement n'a été reçu.
- Les patients/Garants qui sont admissibles aux programmes Medicaid de l'État seront admissibles à une Assistance Financière pour toute obligation de partage des coûts associée au programme ou aux services non couverts.

Les comptes de patients auxquels l'Admissibilité Présumée a été accordée seront reclassés en vertu de la politique d'Assistance Financière. Ils ne seront pas envoyés en recouvrement et ne feront pas l'objet d'autres mesures de recouvrement.

**Non assuré
Montant de la
remise et
exclusions**

Les patients/les garants qui n'ont pas d'assurance maladie et ne remplissent pas les critères pour Masshealth ou l'aide financière bénéficieront d'une remise de 40 % appliquée aux services hospitaliers et médicaux énumérés à l'annexe 5 de la Politique d'aide financière.

Cette remise n'est pas disponible pour les services suivants :

- Services cosmétiques
- Services d'autopaiement (services pour lesquels il existe déjà un calendrier de frais d'autopaiement dédié)
- Services d'infertilité
- Réclamations liées à des véhicules à moteur
- Services de contournement gastrique en l'absence d'une détermination médicale de nécessité par un payeur
- Articles tels que des lentilles, des aides auditives, des implants et tout autre produit spécialisé acheté
- Articles de commodité pour le patient tels que les nuitées qui ne sont pas médicalement nécessaires

La remise pour les non assurés sera appliquée au moment de la facturation et est incluse dans toute estimation.

**Services
Médicaux
d'Urgence**

Conformément aux règlements de la Loi Fédérale sur le Traitement Médical d'Urgence et le Travail (EMTALA), aucun patient ne doit faire l'objet d'un dépistage pour obtenir de l'Assistance Financière ou des renseignements sur les paiements avant la prestation de services dans une situation d'urgence. Le AJH pourrait demander que les paiements de partage des coûts des patients (c'est-à-dire les co-paiements) soient effectués au moment du service, à condition que ces demandes ne retardent pas l'examen de dépistage ou le traitement nécessaire pour stabiliser le patient dans une situation d'urgence. Le AJH fournira, sans discrimination, des Soins Médicaux d'Urgence aux personnes, qu'elles soient admissibles ou non en vertu de la présente politique. Le AJH ne s'engagera pas dans des actions qui décourageraient les individus de demander des Soins d'Urgence.

**Crédit et
Encaissement**

Les mesures qui peuvent être prises par le AJH en cas de non-paiement sont décrites dans une politique de crédit et d'encaissement distincte.

Les membres du public peuvent en obtenir un exemplaire gratuit en :

- a. Allant sur le site Web public du AJH :
<http://www.ajh.org/patient-and-visitor-information>
 - b. Rendant visite au Bureau du Conseil Financiers au :
25 Highland Avenue
Newburyport, MA 01950
(978) 463-1134
 - c. Appelant le numéro de téléphone ci-dessous pour demander une copie papier par la poste.
 - d. Appelant le numéro de téléphone ci-dessous pour demander une copie électronique
-

**Exigences
Réglementaires**

Le AJH se conformera à toutes les lois, règles et règlements fédéraux, étatiques et locaux, ainsi qu'aux exigences en matière de rapports qui peuvent s'appliquer aux activités menées en vertu de cette politique. Cette politique exige que le AJH assure le suivi de l'Assistance Financière fournie afin d'assurer l'exactitude des rapports. Les renseignements sur l'Assistance

Financière fournie en vertu de la présente politique seront déclarés chaque année sur le formulaire 990 Annexe H de l'IRS.

Le AJH documentera toute l'Assistance Financière afin de maintenir des contrôles appropriés et de répondre à toutes les exigences de conformité internes et externes.

Annexe 1

Formulaire de
Demande de
Soins de
Bienfaisance

Demande d'Assistance Financière pour des Soins de Bienfaisance

Veillez Imprimer

Date d'aujourd'hui : _____ Sécurité sociale # _____

Numéro d'enregistrement médical : _____

Nom du patient : _____

Adresse : _____
Rue Numéro d'App

_____ Ville État Code postale

Date des services de l'hôpital : _____

Date de naissance du patient _____

Le patient avait-il une assurance de santé ou Medicaid** au moment de l'hospitalisation ?

Oui Non

Si « Oui », joignez une copie de la carte d'assurance (recto et verso) et complétez ce qui suit :

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de police : _____

Date effective : _____

Numéro de téléphone de l'assureur : _____

** Avant de formuler une demande pour d'Assistance Financière, vous devez avoir formulé une demande à Medicaid au cours des 6 derniers mois et devrez montrer une preuve de refus.

Remarque : Si un patient/Garant a établi un Compte d'Épargne-Santé (HSA), un Compte de Remboursement pour la Santé (HRA), un Compte de Dépense Flexible (FSA) ou un fonds

similaire destiné aux frais médicaux familiaux, un tel individu n'est pas admissible à une Assistance Financière avant que ces actifs n'aient été épuis

Pour demander une Assistance Financière, complétez ce qui suit :

Listez tous les membres de la Famille, y compris le patient, les parents, les enfants et/ou les frères et sœurs, biologiques ou adoptés, âgés de moins de 18 ans résidant à la maison.

Membre de la Famille	Âge	Relation avec le patient	Source de revenus ou nom de l'employeur	Revenu brut mensuel
1.				
2.				
3.				
4.				

En plus du Formulaire d'Assistance Financière, nous avons également besoin de la documentation suivante jointe à ce formulaire :

- Déclarations de revenus actuelles de l'État ou du fédéral
- Formulaires W2 et/ou 1099 actuels
- Les quatre relevés de paie les plus récents
- Les quatre derniers relevés de compte courant et/ou de compte d'épargne
- Les comptes d'épargne santé
- Ententes de remboursement de frais de santé
- Comptes de dépenses flexibles

Si ces documents ne sont pas disponibles, veuillez appeler l'Unité du Conseil Financier pour discuter de toute autre documentation qu'ils pourraient fournir.

Par ma signature ci-dessous, je certifie que je certifie que j'ai lu attentivement la politique et la demande d'Assistance Financière et que tout ce que j'ai déclaré ou toute documentation que j'ai jointe est véridique et correcte au meilleur de ma connaissance. Je comprends qu'il est illégal de soumettre sciemment de fausses informations pour obtenir de l'Assistance Financière.

Signature du demandeur : _____

Relation avec le patient : _____

Date complétée : _____

Si votre revenu est complété de quelque façon ou si vous avez déclaré un revenu de 0,00 \$ sur ce formulaire, a la déclaration d'assistance ci-dessous complétée par la ou les personnes fournissant de l'aide à vous et votre Famille.

Déclaration d'assistance

J'ai été identifié par le patient/partie responsable comme fournissant une aide financière. Ci-dessous est une liste des services et de l'aide que je fournis

Je soussigné certifie et vérifie que toute l'information fournie est véridique et correcte au meilleur de ma connaissance. Je comprends que ma signature ne me rendra pas financièrement responsable des frais médicaux du patient.

Signature : _____

Date complétée : _____

Veillez permettre 30 jours à partir de la date où le formulaire complété est reçu pour la détermination de l'admissibilité.

Si éligible, l'Assistance Financière est accordée pour une période de six mois à compter de la date d'approbation et est valable pour toutes les filiales de AJH tel qu'indiqué dans l'Annexe 5 de leurs politiques d'Assistance Financière respectives :

- L'Hôpital Anna Jaques
- L'Hôpital Addison Gilbert
- L'Hôpital BayRidge
- Centre Médical Beth Israel Deaconess-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton
- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Hôpital Beverly
- Hôpital et centre médical Lahey, Burlington
- Centre médical Lahey, Peabody
- L'Hôpital Mount Auburn
- L'Hôpital New England Baptist
- L'Hôpital Winchester

Personnel uniquement Formulaire Reçu par :	
AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>

Annexe 2

**Demande pour
Problèmes
Médicaux**

Demande d'Assistance Financière pour Problèmes Médicaux

Veillez Imprimer

Date du jour : _____

Sécurité sociale # _____

Numéro d'enregistrement médical : _____

Nom du patient : _____

Date de naissance du patient _____

Adresse : _____
Rue Numéro d'App

_____ Ville _____ Etat _____ Code postal

Le patient avait-il une assurance de santé ou Medicaid ** au moment de l'hospitalisation?

Oui Non

Si « Oui », joignez une copie de la carte d'assurance (recto et verso) et complétez ce qui suit :

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Numéro de police : _____

Date effective : _____

Numéro de téléphone de l'assureur : _____

Remarque : *Si un patient/Garant a établi un Compte d'Épargne-Santé (HSA), un Compte de Remboursement pour la Santé (HRA), un Compte de Dépense Flexible (FSA) ou un fonds*

similaire destiné aux frais médicaux familiaux, un tel individu n'est pas admissible à une Assistance Financière avant que ces actifs n'aient été épuisés.

Pour faire une demande d'Assistance pour Problèmes Médicaux, remplissez ce qui suit :
 Faites la liste de tous les membres de la Famille, y compris le patient, les parents, les enfants et/ou les frères et sœurs, naturels ou adoptés, âgés de moins de 18 ans et vivant à la maison.

Membre de la Famille	Âge	Lien avec le patient	Source de revenus ou nom de l'employeur	Revenu brut mensuel
1.				
2.				
3.				
4.				

En plus de la demande d'Assistance Financière pour Problèmes Médicaux, nous avons également besoin des documents suivants qui sont joints à cette demande :

- Déclarations de revenus actuelles de l'État ou du fédéral
- Formulaires W2 et/ou 1099 actuels
- Les quatre relevés de paie les plus récents
- Les quatre derniers relevés de compte courant et/ou de compte d'épargne
- Les comptes d'épargne santé
- Ententes de remboursement de frais de santé
- Comptes de dépenses flexibles
- Copies de toutes les factures médicales

Si ces documents ne sont pas disponibles, veuillez communiquer avec l'Unité de Conseil Financier pour discuter d'autres documents qu'ils pourraient fournir.

Dressez la liste de toutes les dettes médicales et fournissez des copies des factures encourues au cours des douze derniers mois :

Date de service	Lieu de Service	Montant dû
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Veillez expliquer brièvement pourquoi le paiement de ces frais médicaux sera difficile :

Par ma signature ci-dessous, j’atteste que tous les renseignements fournis dans la demande sont véridiques au meilleur de mes connaissances, informations et croyances.

Signature du demandeur :

Relation avec le Patient: _____

Date complétée : _____

Veillez prévoir un délai de 30 jours à compter de la date de réception de la demande dûment remplie pour déterminer l’admissibilité.

Si elle est éligible, l’Assistance Financière est accordée pour une période de six mois à compter de la date d’approbation et est valable pour toutes les filiales de Beth Israel Deaconess :

- L’hôpital Anna Jaques
- L’Hôpital Addison Gilbert
- L’Hôpital BayRidge
- Centre Médical Beth Israel Deaconess-Boston
- Beth Israel Deaconess Milton

- Beth Israel Deaconess Needham
- Beth Israel Deaconess Plymouth
- Hôpital Beverly
- Hôpital et centre médical Lahey, Burlington
- Centre médical Lahey, Peabody
- L'hôpital Mount Auburn
- L'hôpital New England Baptist
- L'hôpital Winchester

Personnel uniquement
Formulaire Reçu par :

AJH	<input type="checkbox"/>
AGH	<input type="checkbox"/>
BayRidge	<input type="checkbox"/>
BIDMC	<input type="checkbox"/>
BID Milton	<input type="checkbox"/>
BID Needham	<input type="checkbox"/>
BID Plymouth	<input type="checkbox"/>
Beverly	<input type="checkbox"/>
LHMC	<input type="checkbox"/>
LMC Peabody	<input type="checkbox"/>
MAH	<input type="checkbox"/>
NEBH	<input type="checkbox"/>
WH	<input type="checkbox"/>

Annexe 3

Tableau de rabais Basé sur les seuils des revenus et des actifs

Les Rabais pour l'Assistance Financière et les Problèmes Médicaux sont appliqués au solde à la responsabilité du patient pour les services médicaux admissibles tels que décrits dans cette politique.

Rabais d'Assistance Financière pour les patients admissibles :

Soins de Bienfaisance :

Niveau de Revenu	Remise
Inférieur ou égal à 400 % FPL	100 %

Problèmes Médicaux

Les patients seront jugés admissibles à l'Assistance Financières pour Problèmes Médicaux si les frais médicaux sont supérieurs ou égaux à 25 % du Revenu Familial et bénéficieront d'un rabais de 100 %.

Annexe 4

**Montants
Généralement
Facturés (AGB)**

Voir la définition des Montants Généralement Facturés dans la politique, ci-dessus, pour une description du mode de calcul de l'AGB à l'aide de la méthode « **Look-Back** ».

Le pourcentage actuel de l'AGB du AJH basé sur les réclamations pour l'année fiscale 2024 est de 36.65 %.

L'AGB est susceptible d'être modifiée à tout moment pour les raisons suivantes :

- Modifications des contrats d'assureurs médicaux privés et de l'Assurance-maladie à l'acte.
- Règlements reçus par les assureurs médicaux privés et de l'Assurance-maladie à l'acte.

Mise à jour en 1/2025

Annexe 5

**Fournisseurs et
Cliniques—
Couverts et Non
Couverts**

Cette Politique d'Assistance Financière couvre tous les frais d'établissement hospitalier aux locations AJH suivantes :

- Main Campus, 25 Highland Ave, Newburyport, MA
- Amesbury Health Center, 24 Morrill Place, 3rd Floor, Amesbury, MA
- AJH Diagnostic Ultrasound, 255 Low St., Newburyport, MA
- Diagnostic Imaging Services, One Parkway, PM A 1st Floor, Haverhill, MA
- AJH Ultrasound, 600 Primrose St., 2nd Floor, Suite 202, Haverhill, MA
- AJH Aquatic Rehabilitation, 13 Market St., 1st Floor, Haverhill, MA
- AJH Cancer Center, 1 Wallace Bashaw Jr. Way, 2nd Floor, Suite 2001, Newburyport, MA
- AJH Outpatient Rehabilitation, 25 Storey Ave., 1st Floor, Newburyport, MA

- Seacoast Affiliated Group Practice, Inc. (SAGP)

Cette Politique d'Assistance Financière couvre aussi les coûts des individuels ou entités listés ci-dessous pour les services rendus au sein des départements hospitaliers listés ci-dessus

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
Abousayed	Mostafa	MD
Abrams	J.	PhD
Absalom	Kathleen	NP
Acash	Ghazwan	MD
Agarwal	Sangita	MD
Ahmad	Syed	MD
Alexander	Kelsey	NP
Ali	Nissa	MD, MEd
Allen	Samuel	MD
Allen	Damon	PA
Anagbogu	Nneka	MD
Anamur	Murat	MD
Anderson	Marianne	MD
Andoni	Alda	MD
Andrews	Charles	MD
Ansari	Essam	MD
Aquino Infante	Messalina	MD

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
Armour	Brittney	NP
Arnow	Jonathan	MD
Asch	Alexander	DO
Assouline Dayan	Yehudith	MD
Austin	Matthew	MD
Awerman	Jessica	MD
Babayan	Emma	MD
Badessa	Kimberly	NP
Badri	Omar	MD
Bailyn	Lisa	PhD
Baker-Berzansky	Mary	MD
Barnes	Angela	DPM
Barthelmess	Julie	PA
Bashir	Hassaan	MD
Basler	Sally	RNFA
Beams	Owen	MD
Beams	Marjorie	MD
Beaudoin	Stephen	MD
Beck	Adam	MD
Beeson	Donn	MD
Bejakian	Katia	PA
Beloiartsev	Arkadi	MD
Bencale	Maureen	NP
Bennett	Marie	NP
Berger	Ruth	PA
Bernard	Kevin	MD
Bernstein	Megan	MD
Berzansky	Stephen	MD
Biese	Alec	PA
Blawie	Marian	CNM
Blinderman	Raechel	LICSW
Bogorad	Ilya	MD
Bonica	Kady	NP
Boreri	Susan	MD
Bose	Satrajit	MD
Bottner	Tammy	MD
Bouley	Michelle	PA
Bourne	Katherine	MD
Boyadzhiev	Ivan	MD
Boyer	Rebecca	MD
Brady	Stephen	MD
Brammer	Michael	LICSW

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
Branton	Kenneth	MD
Breen	Joan	MD
Breen	Catherine	MD, MPH
Briggs	Lawrence	MD
Broderick	Brittany	PsyD
Bronstein	Yulia	MD
Bucher	Eric	MD
Buck	Rosanne	NP
Bulczynski	Wojciech	MD, BS
Burdette	David	MD
Burke	Samuel	MD
Buzney	Sheldon	MD
Caffrey	Lorna	NP
Cancelliere	Alessandro	MD, PhD
Cannon	Kevin	PhD
Capomacchio	Lucy	NP
Cardenas Villa	Sandra	MD
Cariker	Jon	NP
Carney	Caitlin	MD
Carter	Kimberly	NP
Casha	Lawrence	MD
Castantini	Sara	NP
Caton	Mark	LICSW
Celona-Mucci	Kristine	LICSW, MSW
Chan	Andrew	MD
Chang	John	MD
Chang	Scott	MD
Chartier	Molly	MD
Chaudhry	Ghulam	MD
Chaudrey	Khadija	MD
Chin	Sandy	MD
Chin	Benjamin	DO
Chinamasa	Gordon	LICSW, PhD
Chowdhury	Nagib	MD
Cleveland	Jane	PA
Clough	Nycol	NP
Clough	Jessica	CRNA
Cohen	Aaron	MD
Colden	Daryl	MD
Collin	Carlos	MD
Cooke	Vera	MD, DDS
Cooper	Bruce	MD

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
Corbin	Christine	LMHC
Cornette	Christine	LICSW
Corrales	Carleton	MD
Costello	Dominica	DO
Cote	Matthew	MD
Cratty	Kimberly	LICSW
Cruz-Gonzalez	Irma	MD
Daou	Nadine	NP
Dashkoff	Matthew	MD
Davis	Meredith	CNM
Davis	Steven	MD
DeAngelis	Cynthia	MD
Dearborn-Tomazos	Jennifer	MD
Deckers	Peter	LMHC
Dellaria	Romina	PA
Dellogono	Amy	NP
DeMartino	Wendy	MD
Desai	Anupam	MD
DeSimone	Olga	MD
d'Hemecourt	Nicholas	CRNA
Dinges	Sharon	LMHC, MEd
Dohadwala	Mustali	MD
Donohoo	Jay	MD
Dore	Cortney	LMHC
Dowd	Leslie	MD
Downen	Cathy	NP
Downs	Timothy	DPM
Duclos	Sarah	PA
Duignan	Meagan	LICSW
Dulude	Emily	MD
Dunn	Celeste	MD
Duppert	Jennifer	NP
Durney	Valerie	NP
Echavarri	Julienne	MD
Eisenberg	Vladimir	MD
Erickson	Joseph	LICSW
Evans	Ira	MD
Evansmith	Jennifer	MD
Evenchik	Benjamin	MD
Faliszek	James	MD
Fallon	Paul	MD
Faragi	Jennifer	LMHC

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
Faro	Angela	NP
Faynzilberg	Simon	MD
Federman	Marc	MD
Feeley	Raymond	PA
Fehnel	David	MD
Fenton	Sarah	LMHC, MA
Ferres	Millie	MD
Ferrucci	Frankie	PA
Fiore	Eddie	MD, MBBS
Fiorito	Thomas	MD
Fisher	Marc	MD
Fletcher	James	MD
Flores	Sara	MD
Ford	Kimberly	MD
Fournier	Jennifer	NP
Fox	Matthew	MD
Froio	Erin	NP
Fu	Eric	MD
Fuenfer	Michael	MD
Galiza	Carolyn	MD
Garcia	Christopher	MD
Gazaway	Rona	MD
Geaney	Megan	PA
Geary	Julie	MD
Geigle	Danielle	LMHC
Gelsomini-Gruber	Rita	MD
Ghani	Mazen	MD
Ghiasuddin	Salman	MD
Giard	Renee	LICSW, MSW
Gierbolini	Mayte	MD
Giguere	Kathryn	NP
Gireesh	Arvind	MD
Glass	Allison	NP
Golzari	Houtan	MD
Gosbee	Beth	CNM
Gowan	Meghan	PsyD
Greenblott	David	DPM
Greenstein	David	MD
Griesacker	Paula	CRNA
Griffin	Olivia	LICSW
Guarino	Joseph	PA
Guarino	Dana	PA

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
Guillemin	Andre	LICSW
Gurley	Kiersten	MD
Hadaway	Jolene	LMHC
Haddad	Eduardo	MD
Haines	Frederick	LMHC
Hal	Hassan	MD
Hall	Matthew	MD
Hannifin	Edward	LMHC
Hargraves	Joshua	MD
Hartmann	Peter	MD
Hassan	Fida	MD
Hatzigiannis	George	DMD, MD
Hausman	Esther	CNM, BS, MPH
Hayes	Mose	MD
Headley	Craig	NP
Heath	Jessica	MD
Hecht	Adam	MD
Heck	Kelsey	PA
Hein	John	MD
Hemani	Sadrudin	MD, MBA
Hemming	Jason	MD
Hennessey	Meaghan	NP
Hennessey	Lindsay	NP
Herrera	Michele	PA
Hills	Jennifer	LMHC
Hillsgrove	Dawne	NP
Hindle	Linda	DO, MBA, MSc
Hirschaut	William	LICSW
Ho	Charles	MD
Hohnecker	Debra	PsyD
Horwath	Ewald	MD
Howell	Nathan	MD
Hudson	Michael	MD
Hughes	Kate	MD
Hughes	Beth	CRNA
Hui	David	MD
Hunter	Drew	MD
Husain	Amjad	MD
Ibrahim	Ahmer	MD
Ierardi	Michael	PA

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
Intriere	Lisa	MD
Jac	Jaroslav	MD
Jaleel	Mohammed	MD
Jarmusik	Ellen	LMHC, MEd
Jasti	Rahul	MD
Jednacz	Jeffrey	MD
Johnson	Patrick	CRNA
Joseph	Joe	MD
Joseph	Kara	MD
Kannler	Christine	MD
Karbassi	John	MD
Kashef	Parisa	MD
Kass	Jason	MD
Kats	Mark	MD
Kaufman	Michael	MD
Kaul	Heema	MD
Kelleher	David	CRNA
Kellogg	Patricia	NP
Kempinski	Sharon	LICSW
Kent	Michael	MD
Kerr-Fernandez	Jane	MD
Khanna	Lokesh	MD
Khoury	Constantine	MD
Kilmartin	Catherine	MD
Kim	Patricia	DPM
Kinn	Emily	MD
Kireyev	Dmitriy	MD
Kittredge	Maureen	NP
Klein	Jerome	MD
Kleinschmidt	Erich	LICSW
Klink	Brian	MD
Kobrosky	Neil	MD
Koning	Heather	PA
Korenis	Panagiota	MD
Korinow	Doron	MD
Kraus	James	DMD
Kumar	Sandeep	MD
Kutka	Michael	MD
Kwon	Robert	MD
Lacy	Kristin	NP
Lacy	Kyle	MD
Lanphear	Kevin	DO

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
LaRochelle	Elisa	NP
LaSpina	Mark	DO
LeConte	Katheline	LICSW
Leddy	Ashley	NP
Lee	Terrance	MD, MPH
Lee	Ye Jin	MD
Lee	Jennifer	MD
Lefebvre	Katherine	LICSW, MSW
Levitz	Michael	DO
Liguori	Paul	MD
Lin	Michael	MD
Lincoln	Kyle	LMHC
Liou	Wayne	MD
Lioutas	Vasileios-Arsenios	MD
Littlefield	Lauren	LICSW
Lloyd	Daniel	LMHC
Long	Jennifer	NP
Long	Jennifer	LICSW
Lopes	Anavera	MD
Lundgren	Lars	MD
Lutner	Samuel	PA
Mahmoud	Mohamed	MD
Mahmoud	Noor	MD
Mahon	Mylah	NP
Manning	Jennifer	CRNA
Marchione	Robb	MD
Marenghi	Noelle	LICSW
Markarian	Mark	MD
Markuns	Kimberly	MD
Martin	Tyler	NP
Martin	Robert	CRNA
Martinez	Paula	MD
Martinez	Tatiana	LICSW
Mathieu	Amy	CNM
Matos	Katy	NP
Mattheos	Steven	MD
Mattimore	John	MD
Mazzarino	Erin	PA
McCartney	Michael	MD
McClintock	Marissa	PA
McCoy	Kimberly	LICSW
McDermott	Anne	LMHC

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
McGrail	Bernadette	LMHC
McKenna	Madeline	NP
McQuide	Andrew	MD
Mears	Kara	CNM
Melchionda	Lara	PA
Messier	Ryan	CRNA
Migneault-Ciriello	Andrea	NP
Millina	Stacey	MD
Mitchell	Renae	DO
Moak-Blest	Hayley	DO
Moche	Ilana	MD
Molinaro	Giulia	DO
Mollov	Steven	MD
Morin	Scott	DO
Morrison	Kristy	NP
Morse	James	MD
Motsis	Olivia	NP
Mouzakis	George	LICSW
Murnane	Leah	CRNA
Nadkarni	Sangeeta	MD
Naidoo	Elton	MD
Nallaparaju	Anusha	MD
Naseer	Saira	MD
Nashi	Nicholas	LMHC
Natale	Michael	MD
Naveed	Nausheen	MD
Nazemian	Ryan	MD, PhD
Nicell	Donald	MD
North	Victoria	MD
O'Brien	Erin	NP
Oconnor	Patricia	CRNA
O'Flynn	Hugh	MD
O'Holleran	James	MD
Okurowski	Lee	MD, MPH
O'Neil	Shane	MD
O'Reilly	Edward	PA
Otitoju	Foluke	MD
Ozuna	Richard	MD
Pagani	Nicholas	MD
Panda	Alexander	MD, MPH
Paolino	Ryan	DO
Pappavaselio	Thomas	MD

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
Patel	Minesh	MD
Patwardhan	Soumil	MD
Pelletier	Jon	PA
Penalver	Alberto	MD
Perrin	Chelsea	CNM
Perry	Kelly	LICSW
Pescosolido	Elizabeth	CRNA
Petruzzi	Glenn	LMHC
Pike	Christopher	LICSW
Pilkenton	Deanna	CNM
Pilz	Michael	MD
Piper	Kylie	LICSW
Plourde	Kasey	CNM
Pondicherry	Arnav	MD
Post-Anderle	Janine	NP
Pourati	Isaac	MD
Pratt	Alan	MD
Preval	Stephanie	NP
Prokopis	Peter	MD
Pursley	Dewayne	MD, MPH
Quinn	James	DDS
Raju	Kiran	DO
Ramsey Payeur	Christa	CNM
Ray	Chaya	MD
Reeves-Blurton	Lee	CRNA, DNP
Rehman	Raja	MD
Riccardi	Christine	MD
Riley	Thomas	MD
Rindner	Sarah	PA
Riordan	Matthew	DPM
Riyaz	Fareed	MD
Robertson	Sarah	NP
Rogers	John	LMHC, MEd
Rosin	Richard	MD
Roy	Jeffrey	PA
Rozell	Joseph	MD
Rubenstein	William	MD
Russo	Thomas	MD
Salvador	Gary	PA
Sandford	Amanda	MD
Sasmor	Michele	MD
Sayegh	Raouf	MD

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
Scanlon	Patrick	DO
Scarantino	Nikki	NP
Scheidegger	Angela	PA
Schleibaum	Jeremy	PA
Schmitt	Courtney	LICSW
Schoeck	Andreas	MD
Schoonmaker	Jessica	MD
Schulman	Risa	MD
Schwartz	Mary	MD
Schwartz	Benjamin	MD
Searls	David Eric	MD
Sebeny	Peter	MD, MPH
Selbst	Julie	MD
Selim	Magdy	MD, PhD
Seymour	Bridget	MD
Shafiq	Majid	MD, MPH
Shah	Kaya	MD
Shah	Anushree	LMHC
Shah	Divya	MD
Shainker	Scott	DO, MSc
Sharma	Balram	MD
Sheehan	Stacey	MD
Sheehan	Janet	NP
Sheel	Sanjiv	MD
Shore	Jeremy	MD
Silva	Joshua	MD
Siva	Kirubakaran	DO
Sivakumar	Shravan	MD
Skinner	Cary	PA
Small	Jeffrey	PA
Smith	Benjamin	PA
Smith	Diana	MD
Smith	Jillian	CNM
Snadecki	Haley	MD
Snyder	Molly	MD
Soccorso	Elizabeth	PCNS
Somers	Nathan	MD
Someswaranathan	Janarthan	MD
Sorenson	David	MD
Sorour	Khaled	MD
Spang	Robert	MD
Spiel	Melissa	DO

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
Srivastava	Sunny	MD
St. Pierre	Stephanie	MD
Stanton	Christopher	PA
Stinson	Ellana	MD
Stippler	Martina	MD
Strasser	Ryan	PA
Strauss	Tyler	PA
Stryjewski	Tomasz	MD
Stupnytskyi	Oleksandr	MD
Su	Mark	MD
Sullivan	Kenna	LICSW
Sullivan	Patrick	LMHC
Sullivan	Katharine	OD
Sullivan	Andre	MD
Swierzewski	David	MD
Sydow	Gregg	MD
Tabba	Maher	MD
Tamez Aguilar	Hector	MD
Tarasuk	Andrew	LICSW
Tarkan	Joshua	MD
Tenedios	Christina	CRNA
Thiim	Michael	MD
Thompson	Daniel	MD
Thompson	Zachary	LMHC, MEd
Tibbetts	Alla	MD, DO
Tilson	Richard	MD
Tisdale	Douglas	MD
Todd	Matthew	PA
Tollman	James	MD
Tommasi	Nicole	PA, MPH
Trejo	Edgardo	MD
Tsirozidou	Irene	MD
Tuck	Jaclyn	MD
Tusini	Alta	MD
Tylus	Lisa	NP
Uroskie	Jonathan	MD
Uthayashankar	Arun	MD
Uzosike	Akachimere	MD, MPH
Valeras	Demetrios	PA
Vanasse	Emily	PA
Venter	Jacob	MD, MBA
Vitterito	Joseph	MD

Nom de famille du fournisseur	Prénom du fournisseur	
Vrouhas	Bethany	NP
Vu	Stephanie	MD
Wan	Steven	MD, MAc, BS
Ward	Emine	MD
Warner	Christina	DO
Wei	Catherine	MD, PhD
Weiner	Janel	LICSW
Weinschenk	Nancy	MD
Welch Marsh	Elizabeth	MD
Wen	Shih-Te	MD, PhD
Weng	Jenny	PA
Werner	Alain-Marc	MD
White	Whitney	PA
Wilbraham	Tracy	NP
Wilson	Anthony	MD
Windham	Charles	MD
Winking	Kyle	MD
Witkin	Andre	MD
Wittbold	Kelley	MD, MHCM
Xue	Lanny	MD, PhD
Yavarow	Colleen	DO
Young	Christine	MD
Yumasi	Vivienne	MD, MPH
Zamora	Jesus	MD
Zera	Chloe	MD
Zhang	Sarah	MD
Zirin	Richard	MD
Zoric	Bojan	MD
Zuflacht	Jonah	MD
Zuser	Lydia	MD

Mise à jour en 07.2025

Annexe 6

Accès Public aux Documents

L'information sur la politique d'Assistance Financière du AJH , le Résumé en Langage Clair, la Demande d'Assistance Financière, la Demande d'Aide en cas de Difficultés Médicales et la Politique de Crédit et de Recouvrement du AJH sera disponible gratuitement aux patients et à la communauté servie par le AJH , et ce, à travers une variété de ressources, sans aucuns frais.

1. Les patients et les Garants peuvent demander des copies de tous les documents relatifs à l'Assistance Financière, au Crédit et au Recouvrement, et peuvent demander de l'aide pour remplir les demandes d'Assistance Financière et de Difficultés Médicales, par téléphone, par courrier ou en personne au :

Anna Jaques Hospital
Financial Counselling Unit
25 Highland Avenue
Newburyport , MA 01950
(978) 463-1134

2. Les patients et les Garants peuvent télécharger des copies de tous les documents relatifs à l'Assistance Financière et à la Politique de Crédit et de Recouvrement sur le site Web public du AJH :

<http://www.ajh.org/patient-and-visitor-information>

- La politique d'Assistance Financière, le Résumé en Langage Simple, la Demande d'Assistance Financière, la Demande d'Aide Médicale et la Politique de Crédit et de Recouvrement seront traduits dans toute langue dont la langue maternelle est la langue de travail de 1 000 personnes ou 5 % des résidents dans la communauté servie par le AJH

Le AJH a affiché des avis (pancartes) de disponibilité de l'Assistance Financière tel que décrit dans cette politique :

1. dans les admissions générales, aux accès des patients, aux aires d'attente et d'inscription, incluant, pour éviter tout doute, à l'aire d'attente et d'inscription du service d'urgence ;
2. dans les aires d'attente et d'inscription ou l'équivalent dans les établissements autorisés hors de l'hôpital ; et
3. dans les aires des conseillers financiers des patients.

Les panneaux affichés sont bien visibles (8,5 po x 11 po) et lisibles pour les patients qui visitent ces endroits. Les signes se lisent :

AVIS D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

AJH offre une variété de programmes d'Assistance Financière aux patients admissibles. Pour savoir si vous êtes éligible à recevoir de l'aide pour payer vos factures d'hôpital, veuillez visiter notre bureau de consultation financière au 1er étage du bâtiment principal de l'hôpital, au 25 Highland Avenue, Newburyport, MA ou composer le 978- 463-1234 pour obtenir des renseignements sur les divers programmes et leur disponibilité.

Historique de la politique

Date	Action
Septembre 2016	Politique approuvée par le Conseil d'Administration
Août 2019	Révision de la politique approuvée par BILH EVP/CFO et AJH Trésorier du Conseil en tant qu'Organisme autorisé par le Conseil
July 2020	Liste des fournisseurs mise à jour
Août 2020	Révision de la politique approuvée par BILH EVP/CFO et AJH Trésorier du Conseil en tant qu'Organisme autorisé par le Conseil
Avril 2024	Révision de la politique approuvée par BILH EVP/CFO et AJH Trésorier du Conseil en tant qu'Organisme autorisé par le Conseil