

AIDE FINANCIÈRE :

Vous pouvez recevoir une aide financière complète ou partielle de LifeBridge Health. Pour être admissible à une aide complète, vous devez présenter la preuve que votre revenu s'élève à 300 % du seuil de pauvreté établi par les lignes directrices fédérales sur la pauvreté ; un revenu compris entre 301 % et 500 % du seuil vous permet de bénéficier de soins à coûts réduits dans le cadre de l'aide accordée pour difficultés financières, limitant votre responsabilité à 25 % de votre revenu brut annuel. L'admissibilité est calculée sur la base du nombre de personnes dans le foyer et s'étend à tous les membres de la famille immédiate composant le foyer. Vous pouvez également faire valoir une présomption d'admissibilité si vous êtes bénéficiaire d'un programme d'aide sociale fédéral, d'État ou local soumis à des conditions de ressources. Cette aide financière couvre les patients non assurés et insuffisamment assurés. Les autorisations sont accordées pour douze mois. Les patients sont invités à effectuer une nouvelle demande pour maintenir leur admissibilité. Une personne admissible à l'aide financière ne peut pas se voir imposer des montants supérieurs à ceux généralement facturés pour les soins d'urgence ou les autres soins médicaux nécessaires.

Où trouver l'information pour obtenir un formulaire de demande d'aide financière et la lettre d'accompagnement : 1) Demandez au personnel chargé de l'accréditation 2) Directement auprès des membres du service à la clientèle disponibles dans le hall principal de l'hôpital 3) Appelez le service à la clientèle au (800) 788-6995 (du lundi au vendredi, de 7h30 à 17h00) 4) Visitez www.lifebridgehealth.org

Comment déposer une demande : complétez le formulaire de demande d'aide financière disponible en ligne ou dans un site d'accréditation et renvoyez le formulaire et la documentation requise au service à la clientèle de l'hôpital ou par e-mail à : LifeBridge Health, Inc., Financial Assistance Representative, 2401 West Belvedere Avenue, Baltimore, Maryland 21215.

Plan de financement : un plan de financement mensuel sans intérêts est offert automatiquement et gratuitement à toutes les personnes non assurées. Le montant du plan de financement mensuel ne doit pas dépasser 5 % du revenu brut ajusté mensuel de l'individu. Il est disponible sans vérification du crédit après une inscription rapide et facile sans aucun papier nécessaire. Visitez www.lifebridgehealth.org ou appelez le service à la clientèle pour en savoir plus. Droit applicable : Cet accord/plan de paiement est conclu conformément et sous réserve du sous-titre 10 du titre 12 de l'article sur le droit commercial du Code annoté du Maryland.

Aide médicale du Maryland (Medicaid) : pour obtenir des informations, appelez le Département de santé et d'hygiène mentale (DHMH), le service des relations avec les bénéficiaires au (800) 492-5231 ou votre service local de l'aide sociale au (800) 332-6347 ou sur Internet à l'adresse www.dhr.state.md.us. Les représentants des patients de LifeBridge Health peuvent également vous guider dans le processus de demande d'aide médicale du Maryland.

Droits et responsabilités des patients : vous avez le droit de recevoir des informations relatives aux frais des services médicaux et hospitaliers, et de demander une estimation des frais hospitaliers avant que les soins ne soient dispensés, à condition que vos soins ne soient pas empêchés. Les patients admis à l'hôpital recevront un état récapitulatif uniforme dans les trente jours suivant leur sortie. Vous avez le droit de demander un état détaillé et une explication des frais. Vous avez le devoir de fournir des informations valides concernant votre assurance, de vous acquitter des frais hospitaliers dans les délais requis et de contacter l'hôpital en cas d'impossibilité de payer. Le non-paiement ou l'absence d'un arrangement de paiement satisfaisant est susceptible d'entraîner le transfert de votre compte à une agence de recouvrement.

INFORMATIONS IMPORTANTES SUPPLÉMENTAIRES :

Les frais de services médicaux à régler par les patients hospitalisés ou en consultations externes ne sont généralement pas inclus dans la facture d'hôpital et sont facturés séparément.

LifeBridge Health, Inc. est autorisée à facturer aux patients en consultations externes des frais communément appelés « frais d'établissement », pour leur utilisation des installations hospitalières, des infrastructures cliniques, des fournitures et des équipements, ainsi que des services non médicaux, notamment les services de cliniciens non médecins, en plus des honoraires de médecins facturés pour les services professionnels fournis au sein de l'hôpital.

Les patients sont autorisés à demander et à recevoir une estimation écrite des frais totaux pour les services hospitaliers hors urgences, ainsi que pour les procédures et les fournitures dont on peut raisonnablement attendre qu'ils soient fournis et facturés par LifeBridge Health, Inc.

Les patients et leurs représentants habilités sont autorisés à présenter un recours auprès de la commission d'examen des frais médicaux (Health Services Cost Review Commission, HSCRC) ou conjointement auprès du groupe de conseillers et d'éducation sanitaire (Health Education and Advocacy Unit, HEAU) du bureau d'experts-conseils du Maryland contre un hôpital pour violation présumée des lois du Maryland relatives à l'aide financière et au recouvrement des dettes (Code du Maryland, Loi générale sur la santé, articles §§19-214.1 et 19-214.2). Le HEAU est situé au 200 Saint Paul Place, Baltimore, Maryland 21202-2021 et peut être contacté par téléphone (410-528-1840 ou 1-877-261-8807), par e-mail (heau@oag.state.md.us), par fax (410-576-6571) ou via le site Web (www.marylandattorneygeneral.gov/pages/cpd/heau/default.aspx). Les plaintes peuvent être présentées au HSCRC par e-mail à l'adresse hscrc.patient-complaints@maryland.gov. Le HSCRC est également joignable au 410-764-2605 ou au 1-888-287-3229, et en ligne à l'adresse hscrc.maryland.gov/Pages/default.aspx.

J'ai eu connaissance de la politique relative à l'aide financière hospitalière de LifeBridge Health Inc. : _____ (Initiales du patient ou de son représentant)
_____ (Date) _____ (Relation avec le patient, dans le cas où les initiales apposées sont celles du représentant)