

Titre : Hospital Financial Assistance		CARE BRAVELY
Catégorie : Finance Patient Financial Services	Approuvé(s) : Joseph Koons (SVP CHIEF REVENUE OFFICER)	Date d'entrée en vigueur : 21/05/2026 Date de la prochaine critique : 21/05/2028 Référence # : 16196
Site(s) : Carroll Hospital Center, Grace Medical Center A Sinai Hospital Facility, Levindale Hebrew Geriatric Center & Hospital, Northwest Hospital Center, Sinai Hospital of Baltimore		

Les exemplaires imprimés sont uniquement à titre de référence. Veuillez consulter la version électronique pour la dernière version.

CETTE POLITIQUE A ÉTÉ APPROUVÉE PAR LE CONSEIL D'ADMINISTRATION LE 21/05/2026.

Cette politique ne peut être modifiée de manière significative sans l'approbation du conseil d'administration.

I. POLITIQUE

- A. Objectif. Les objectifs de cette politique sont (a) d'énoncer les critères d'éligibilité pour recevoir une aide financière ; (b) décrire les circonstances et critères selon lesquels chaque hôpital fournira des soins gratuits ou à prix réduit pour les services éligibles aux patients éligibles non assurés, sous-assurés, patients inéligibles à l'aide publique ou gouvernementale ou qui sont autrement incapables de payer pour des services éligibles, (c) établir les bases et les méthodes de calcul pour facturer des montants réduits à ces patients, et (d) énoncer les mesures pour largement diffuser cette politique au sein des communautés desservies par l'hôpital. LifeBridge Health s'attend à ce que les patients respectent pleinement les termes de cette politique pour déterminer leur éligibilité à l'aide financière et les réductions de tout accord. LifeBridge Health attend en outre de ses patients qu'ils fassent une demande d'aide à Medicaid et à d'autres programmes gouvernementaux lorsque cela est approprié, et qu'ils poursuivent tout paiement de tiers susceptibles d'être responsables de payer les soins du patient à la suite de blessures corporelles ou de réclamations similaires. LifeBridge Health encourage également les individus à souscrire une assurance santé dans la mesure où ils en sont financièrement capables.
- B. Portée d'application. Cette politique s'applique aux affiliés hospitaliers réglementés par l'État du Maryland LifeBridge Health, en particulier Carroll Hospital, Grace Medical Center, Levindale Hebrew Geriatric Center and Hospital, Northwest Hospital et Sinai Hospital (collectivement connus sous le nom de « LifeBridge Health »)
- C. Politique. La politique de LifeBridge Health est de fournir des services médicaux nécessaires à tous les patients sans tenir compte de la capacité de paiement ou de la catégorie protégée du patient telle que définie dans le MD Code, Health-General §19-214.1, à chaque lieu hospitalier applicable (tel que défini ci-dessous). Chaque hôpital fournit également, sans discrimination, des soins pour les conditions médicales d'urgence (telles que définies ci-dessous) aux individus sans tenir compte de leur éligibilité à l'aide

financière, comme le stipule plus précisément la politique distincte de LifeBridge Health sur le traitement médical d'urgence et le travail (EMTALA), dont une copie peut être obtenue gratuitement auprès de l'une des sources ou lieux listés à la Section III. K. de cette politique.

- D. Adoption de politique. Le conseil d'administration de LifeBridge Health et chacune de ses filiales exonérées d'impôt applicables fournissant des services hospitaliers médicalement nécessaires, a adopté les politiques et procédures suivantes pour la fourniture d'une aide financière.
- E. Fréquence de la révision. Cette politique doit être révisée et approuvée tous les deux ans.

II. DÉFINITIONS

Aux fins de cette politique, les termes ci-dessous seront définis comme suit :

- A. « **AGB** » désigne les montants généralement facturés selon la section 501(r)(5) de l'IRS pour les soins d'urgence hospitaliers et autres soins médicalement nécessaires aux personnes dont une assurance couvre ces soins, et calculés conformément à la Commission de révision des coûts des services de santé de l'État du Maryland (HSCRC).
- B. « **Demande** » a la signification énoncée à la Section III. B. ci-dessous, qui doit se conformer aux exigences uniformes de demande d'aide financière de la HSCRC.
- C. « **Actifs** » désigne les actifs et ressources (et leurs valeurs) d'un individu, qui seraient pris en compte et évalués conformément aux règlements du Code du Maryland pour déterminer l'éligibilité en excluant spécifiquement la résidence personnelle principale de cet individu (a) ; (b) les actifs ou plans de retraite qualifiés ou non qualifiés par l'Internal Revenue Service, y compris un ou plusieurs régimes de retraite qui incluront, sans limitation, un compte de retraite individuel (traditionnel ou Roth), un régime de partage des bénéfices, un régime de retraite à prestations définies, un plan 401(k), un plan 403(b), un régime de rémunération différée non qualifié, un régime de pension à prestations d'argent ou tout autre plan de retraite équivalent à l'un des précédents, (c) un véhicule à moteur appartenant au patient ou à un membre de la famille utilisé pour le transport, (d) des actifs ou plans d'éducation prépayés tels que définis par l'État du Maryland ou l'Internal Revenue Service qui incluent, sans limitation, le compte d'épargne pour l'éducation ou les plans 529, (e) tout actif expressément exclu pour déterminer l'éligibilité à un programme ou plan fédéral ou étatique d'aide financière ou médicale qui inclut, mais sans s'y limiter, le Programme fédéral d'aide nutritionnelle complémentaire (SNAP), le Programme d'assistance médicale du Maryland, le Programme d'aide énergétique de l'État ou le Programme alimentaire complémentaire pour les femmes, Nourrissons et enfants, (f) espace ou parcelle funéraire, fonds ou contrats d'inhumation prépayés, et (g) biens ménagers, autres biens et effets personnels d'une valeur inférieure à 100 000 \$.

- D. « **CMO** » signifie Directeur médical d'un hôpital LifeBridge Health ou Médecin Directeur Général.
- E. « **Services éligibles** » désigne les services (et tout produit associé) fournis par un hôpital LifeBridge Health éligibles à une aide financière en vertu de cette politique, qui comprennent : (1) les services médicaux d'urgence fournis en salle d'urgence, (2) les services médicaux non électifs fournis en réponse à des circonstances mettant la vie en danger pour la vie autres que les services médicaux d'urgence en salle d'urgence, et (3) Services médicalement nécessaires tels que définis dans cette politique.
- F. « **Conditions médicales d'urgence** » a la même signification que ce terme défini à l'article 1867 de la loi sur la sécurité sociale, tel que modifié (42 U.S.C. 1395dd) et tel qu'indiqué :
- « Une condition médicale se manifestant par des symptômes aigus d'une gravité suffisante (y compris une douleur intense) de sorte que l'absence de soins médicaux immédiats pourrait raisonnablement entraîner : (i) mettre la santé de l'individu (ou, en ce qui concerne une femme enceinte, celle de la femme ou de son enfant à naître) dans une situation grave le danger, (ii) une altération grave des fonctions corporelles, ou (iii) une dysfonction grave de tout organe ou partie du corps ; ou concernant une femme enceinte ayant des contractions : (i) qu'il n'y a pas assez de temps pour effectuer un transfert sûr vers un autre hôpital avant l'accouchement, ou (ii) que ce transfert peut représenter une menace pour la santé ou la sécurité de la femme ou de l'enfant à naître. »
- G. « **Membre de la famille** » désigne un membre d'un groupe de deux (2) personnes ou plus qui résident ensemble et qui sont liées par naissance, mariage ou adoption, y compris, sans s'y limiter, toute personne déclarée comme personne à charge par cette personne dans sa déclaration de revenus fédérale.
- H. « **Revenu familial** » désigne le revenu brut d'un individu et de tous les membres de la famille concernés déclarés sur la même déclaration fiscale fédérale ou d'État, y compris, sans s'y limiter, la rémunération pour services (salaires, salaires, commissions, etc.), intérêts, dividendes, redevances, plus-values, rentes de rente, rentes de pension, revenus de retraite, Sécurité sociale, aide publique ou gouvernementale, loyers, pension alimentaire, pension alimentaire, revenus d'entreprise, revenus de successions ou fiducies, les prestations de survivant, bourses ou autres aides à l'éducation, paiements de rentes, paiements sous ou provenant d'une hypothèque inversée, frais, revenus d'assurance-vie ou de contrats de fond, ainsi que tout autre revenu brut ou rémunération brute, quelle que soit la source qu'ils proviennent, le tout sur une base avant impôt.
- I. « **Federal Poverty Guidelines** » désigne des directives de pauvreté mises à jour annuellement dans le Federal Register par le Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, en vigueur au moment de cette détermination.
- J. « **Aide financière** » désigne toute aide financière sous forme de soins gratuits ou à prix réduit accordée à une personne éligible en vertu de cette politique.

- K. « **Difficultés financières** » désigne un patient non assuré ou sous-assuré d'un hôpital LifeBridge Health qui (1) après paiement par tous les payeurs tiers, est financièrement redevable envers un hôpital LifeBridge Health pour un montant dépassant vingt-cinq pour cent (25 %) du revenu annuel brut de ce patient, ou dette médicale totale, contracté par une unité familiale sur une période de 12 mois dépassant vingt-cinq pour cent (25 %) du revenu familial, et (2) possède des actifs dont la valeur totale est inférieure au montant des « actifs », tels que modifiés de temps à autre
- L. « **Commission de révision des coûts des services de santé (HSCRC)** » désigne une agence indépendante de l'État du Maryland disposant d'une large autorité réglementaire pour établir des tarifs afin de promouvoir la maîtrise des coûts, l'accès aux soins, la stabilité financière et la responsabilité ; y compris les directives régissant l'aide financière des hôpitaux.
- M. « **Hôpital** » désigne un établissement (qu'il soit exploité directement ou par le biais d'un accord de coentreprise) qui est exigé par l'État du Maryland d'être agréé, enregistré ou reconnu de manière similaire comme hôpital. « Hôpital » signifie collectivement plus d'un établissement hospitalier. En ce qui concerne cette politique, les lieux applicables incluent :
- Hôpital Carroll,
 - Centre médical Grace
 - Centre et hôpital hébreu gériatrique de Levindale
 - Hôpital du Nord-Ouest,
 - Hôpital du Sinaï
- N. « **Médicalement nécessaire** » doit avoir la même signification que celle définie pour Medicare (services ou ses services raisonnables et nécessaires pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure), ou directement lié au traitement diagnostique, préventif, curatif, palliatif, réhabilitatif ou amélioratif d'une maladie, blessure, handicap ou condition de santé. Pour les cas contestés ou moins clairs, renvoyés au CMO ou au représentant pour rendre une décision.
- O. « **Politique** » désigne cette « Politique d'Aide Financière » d'un hôpital LifeBridge Health, telle que modifiée de temps à autre.
- P. **La « classe protégée »** doit se conformer au Code du Maryland Règlement représentant spécifiquement la race, la couleur, la religion, l'ascendance ou l'origine nationale, le sexe, l'âge, l'état civil, l'orientation sexuelle, l'identité de genre, les informations génétiques, le handicap, le statut de citoyenneté, ou toute autre classe, ethnie ou désignation non autrement spécifiée.

- Q. « **Fournisseur** » désigne un médecin employé par un hôpital LifeBridge, un praticien clinique avancé ou un professionnel agréé reconnu et autorisé par l'État du Maryland à fournir des services de santé.
- R. « **Résident qualifié du Maryland** » désigne une personne qui vit dans le Maryland plus de 6 mois par an ou dont la résidence principale est dans le Maryland, y compris celles qui se trouvent dans le Maryland pour des études ou du travail.
- S. « **Non assuré** » désigne un patient d'un hôpital LifeBridge Health qui ne dispose d'aucun niveau d'assurance, d'assistance à un tiers, de compte d'épargne médicale ou de réclamations contre un ou plusieurs tiers couverts par l'assurance, pour payer ou aider à remplir ses obligations de paiement pour la prestation de services éligibles.
- T. « **Sous-assuré** » désigne un patient de l'hôpital LifeBridge Health qui dispose d'un certain niveau d'assurance, d'aide à un tiers, d'un compte d'épargne médicale ou de réclamations contre un ou plusieurs tiers couverts par l'assurance, pour payer ou assister dans ses obligations de paiement pour la prestation de services éligibles, mais qui reste néanmoins obligé de payer de sa poche des frais pour la prestation de services éligibles dépassant ses capacités financières.

III. DIRECTIVES

- A. Éligibilité. Sur décision de besoin financier et d'éligibilité conformément à cette politique, un hôpital LifeBridge Health fournira une aide financière pour les services éligibles à ou pour les patients non assurés, les patients sous-assurés, les patients inéligibles à l'aide publique ou gouvernementale, ou qui ne peuvent autrement pas payer pour des services éligibles. L'aide financière en vertu de cette politique sera basée sur la détermination des besoins financiers de chaque individu considéré comme résident qualifié du Maryland, indépendamment de la race, du sexe, de l'âge, du handicap, de l'origine nationale ou de la religion, ou d'une autre catégorie protégée, et sans tenir compte du statut de résident fédéral

Le processus en deux étapes suivant sera utilisé pour déterminer l'éligibilité lorsqu'un patient, ou un représentant ou un membre de sa famille demande une aide financière, une assistance médicale, ou les deux :

1. Étape Un - Détermination de l'éligibilité probable : Sur demande d'aide financière ou d'assistance médicale, le patient ou son représentant ou membre de sa famille, selon le cas, doit fournir à l'hôpital concerné des informations concernant les revenus du patient, son statut d'assurance et la taille de sa famille afin de permettre à l'hôpital de déterminer l'éligibilité probable du patient à l'aide financière. Ces informations peuvent être fournies lors d'une conversation avec tout employé désigné de LifeBridge Health. La soumission d'une demande complète d'aide financière, de preuves de revenus ou de toute documentation ou vérification supplémentaire ne sera pas requise pour déterminer l'éligibilité

probable. L'hôpital concerné doit fournir au patient, au représentant ou membre de sa famille, selon le cas, une détermination de l'éligibilité probable dans les deux (2) jours ouvrables suivant la réception de la demande d'aide financière ou d'assistance médicale.

2. Deuxième étape - Détermination finale de l'éligibilité : Après une détermination de l'éligibilité probable, l'hôpital concerné prendra une décision finale d'éligibilité à l'aide financière en fonction du revenu du patient, de la taille de la famille et des ressources disponibles, telles que définies dans la demande du patient (définie ci-dessous). Comme décrit plus en détail dans la section III.B. ci-dessous, le patient ou son représentant ou membre de sa famille, selon le cas, doit compléter et soumettre la demande ainsi que toutes les informations et documents justificatifs qui y sont spécifiés. L'hôpital doit déployer des efforts raisonnables pour (i) prendre une décision finale sur l'éligibilité du patient à l'aide financière dans les quatorze (14) jours suivant la réception d'une demande complète et la soumission de toutes les informations requises et (ii) fournir une notification écrite au patient ou au demandeur de sa décision dans les trente (30) jours suivant la réception d'une demande complète et la soumission de toutes les informations requises. Cette notification peut prendre la forme d'un relevé de facturation indiquant le montant de l'aide financière appliqué au(x) compte(s) du patient(s), et si le patient reçoit une aide financière à 100 % ou est refusé, un avis écrit sera envoyé sous forme de lettre remise à l'adresse postale du patient ou du garant enregistrée.
- B. Demande d'aide financière. Sauf disposition contraire dans cette politique, un représentant autorisé LifeBridge Health examinera toutes les informations demandées et présentées dans une demande d'aide financière (dont une copie peut être obtenue gratuitement auprès de l'une des sources ou lieux listés à la Section III. K. ci-dessous), ainsi que dans toute la documentation demandée et fournie (la demande et ces documents, collectivement, une « Demande »), ainsi qu'un ou plusieurs éléments des informations suivantes, pour déterminer si une personne sera éligible à une aide financière et la recevra :
1. Données publiques fournissant des informations sur la capacité de paiement d'une personne (par exemple, rapports de crédit, scores ou notes ; les directives fédérales sur la pauvreté, les directives fédérales ou étatiques publiées pertinentes, les dépôts ou ordonnances de faillite) ;
 2. L'éligibilité à l'assurance santé publique ou privée, y compris l'éligibilité à d'autres programmes publics pouvant couvrir les coûts de santé ;
 3. Informations relatives à la participation, à l'inscription ou à la réception de prestations de cette personne dans ou dans le cadre de (a) toute inscription à un programme d'aide d'État ou fédéral (par exemple, revenu de sécurité supplémentaire, Medicaid, bons alimentaires/SNAP, programmes pour femmes, nourrissons et enfants (WIC), AFDC, programme d'assurance santé pour enfants (CHIP), logement pour personnes à faible revenu, prestations d'invalidité, allocations chômage, repas scolaires subventionnés, ou (b) toute clinique gratuite,

les programmes d'accès aux soins de santé pour indigents, ou Centre de santé fédéral qualifié (FQHC).

4. Informations attestant du revenu total brut de la famille et des actifs possédés ou détenus par l'individu ainsi que des passifs ou autres obligations de l'individu.
5. Des informations attestant que cette personne est ou a été sans-abri, handicapée, déclarée inapte mentalement ou autrement incapable, de manière à nuire à sa capacité financière à payer ; et/ou
6. Des informations attestant que cette personne a cherché ou cherche des avantages auprès de toutes les autres sources de financement disponibles auxquelles elle est éligible, y compris l'assurance, Medicaid ou d'autres programmes étatiques ou fédéraux.

Il est préférable, mais pas obligatoire, qu'une personne ne demande une aide financière avant que des services éligibles ne soient fournis. Toute demande peut être soumise avant, à la réception des services éligibles, ou pendant le processus de facturation et de recouvrement. Les informations fournies par une personne demandant une aide financière seront réévaluées, vérifiées et devront être mises à jour à chaque fois que les services éligibles seront fournis, soit plus de douze (12) mois après la date de leur précédente information. Si ces informations changent ou si des informations supplémentaires sont découvertes concernant l'éligibilité du patient à l'aide financière, il incite au patient d'informer le service client au (800)788-6995. Les candidatures seront mises à disposition gratuitement dans tout hôpital Accès aux patients ou service client.

Un hôpital LifeBridge Health peut refuser ou rejeter toute demande et/ou annuler toute réduction ou aide financière précédemment fournie, s'il détermine de bonne foi que les informations précédemment fournies étaient intentionnellement fausses, incomplètes ou trompeuses. De plus, un hôpital LifeBridge Health peut, à sa seule discrétion, engager tous les recours ou actions légales, y compris des poursuites pénales, contre toute personne ayant sciemment déformé sa situation financière, y compris, sans s'y limiter, le montant ou la valeur des revenus et/ou des actifs familiaux.

C. Appels et plaintes. Les patients ou garants dont les demandes d'aide financière couvertes par cette police peuvent faire appel de ces décisions ou déposer une plainte.

1. Les appels doivent être faits par écrit et décrire la base de la réexamination, y compris toute documentation justificative. Les appels doivent être soumis au service client dans les quatorze (14) jours calendaires suivant la décision de la demande, sinon la décision sera confirmée et considérée comme définitive. Le service client fera tout son possible pour informer les patients ou les garants de la décision d'appel dans les trente (30) jours calendaires.
2. Les plaintes concernant cette politique peuvent être reçues par courrier, e-mail ou téléphone. Toutes les plaintes doivent être signalées au département de conformité de LifeBridge Health pour surveillance et signalement. Le service client répondra à chaque plainte, contactera la personne qui l'a déposée et informer le service de conformité LifeBridge Health de l'issue de la plainte.

Les patients ou garants peuvent également déposer une plainte auprès de l'Unité d'éducation et de plaidoyer en santé du Maryland en utilisant les coordonnées suivantes :

Bureau du procureur général
Unité d'éducation à la santé et de plaidoyer
200 St. Paul Place, 16e étage
Baltimore, MD 21202
Téléphone : (410)528-1840
Fax : (410)576-6571
Email : HEAU@oag.state.md.us

D. Aide financière présumée. Dans certains cas ou circonstances, un patient ou un demandeur peut sembler éligible à une aide financière, mais soit ne pas avoir fourni toutes les informations demandées, soit ne répond pas au processus de candidature. Dans de tels cas ou circonstances, un représentant autorisé d'un hôpital LifeBridge Health peut remplir la demande au nom du patient et rechercher des preuves d'éligibilité à l'aide financière auprès de sources externes disponibles afin de déterminer le revenu estimé du patient et ses montants potentiels de rabais, ou peut utiliser d'autres sources d'information pour évaluer le besoin financier. Grâce à ces informations, le patient peut être éligible à des réductions allant jusqu'à 100 % des montants dus pour les services éligibles. Dans de telles circonstances, un patient est présumé éligible à recevoir une aide financière pour des services éligibles s'il remplit un ou plusieurs des critères suivants :

1. Éligible au programme d'assistance médicale du Maryland ou au programme de santé de l'enfance du Maryland et :
 - i. Vit dans un foyer avec des enfants inscrits au programme de repas gratuits et à prix réduit ;
 - ii. Reçoit des prestations via le Programme fédéral d'aide nutritionnelle complémentaire ;
 - iii. Reçoit des prestations via le programme d'aide énergétique de l'État ;
 - iv. Programme de soins primaires aux adultes (PAC), jusqu'à ce que les prestations en hospitalisation soient ajoutées au package d'avantages du PAC ;
 - v. Reçoit des prestations via le programme fédéral spécial d'alimentation complémentaire pour les femmes, les nourrissons et les enfants ; ou
 - vi. Bénéficie des prestations de tout autre programme de services sociaux déterminé par le Département de la Santé et de l'Hygiène Mentale du Maryland (MD DHMH) et l'État du Maryland HSCRC.
2. Résidence dans un logement à faible revenu ou subventionné ;
3. Historique de crédit défavorable, basé sur le rapport de crédit du patient (risque élevé, faible score médical, comptes en défaut) ;
4. L'utilisation de modélisation prédictive tierce basée sur des bases de données de dossiers publics et des approbations historiques calibrées correspondait statistiquement à cette politique. Cette technologie sera déployée avant la cession de la dette douteuse afin de sélectionner tous les patients pour une aide financière

avant leur placement dans une agence de recouvrement ou la réalisation de toute action de recouvrement extraordinaire.

5. Sans-abri ou recevant des soins dans un refuge pour sans-abri, clinique gratuite ;
6. Inapte mentalement telle que déclarée par un tribunal ou un professionnel agréé ;
ou
7. Décédé sans succession connue.

E. Critères d'éligibilité et montants facturés aux patients. Les patients jugés éligibles recevront une aide financière en fonction des besoins financiers de cette personne, telle que déterminée en se référant aux Federal Poverty Guidelines publiées annuellement dans le Federal Register.

1. Malgré tout ce qui est stipulé dans cette politique, aucun patient éligible à une aide financière pour des services éligibles ne sera facturé au-delà des frais autorisés par l'État du Maryland (HSCRC) ou l'AGB pour des soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires.
2. La base pour déterminer et calculer les montants facturés à un patient non assuré ou sous-assuré éligible à une aide financière est la suivante :
 - i. Tout patient non assuré ou sous-assuré éligible à l'aide financière recevra d'abord la réduction d'aide financière pour 100 % des frais facturés ou un montant réduit pour ceux dont le revenu familial dépasse 300 % des lignes directrices fédérales contre la pauvreté.
 - ii. Les patients non assurés ou sous-assurés éligibles à l'aide financière dont le revenu familial annuel est égal ou inférieur à 300 % des Directives fédérales de pauvreté et dont les actifs totaux ne dépassent pas les montants autorisés bénéficieront d'une remise de 100 % sur le solde restant de leur compte.
 - iii. Tout non assuré ayant un revenu familial supérieur à 300 %, mais inférieur à 500 % des Directives fédérales contre la pauvreté, peut bénéficier d'une réduction pour difficultés financières. Les patients dont le revenu familial dépasse 300 % des Directives fédérales de lutte contre la pauvreté sont éligibles à des soins médicaux nécessaires à coût réduit selon les critères suivants :
 1. Les patients ayant un revenu familial supérieur à 300 % mais inférieur à 350 % des Directives fédérales contre la pauvreté sont éligibles à une réduction de 50 % ;
 2. Les patients dont le revenu familial dépasse 350 % mais inférieur à 400 % des Directives fédérales contre la pauvreté sont éligibles à une réduction de 45 % ;
 3. Les patients dont le revenu familial dépasse 400 % mais inférieur à 450 % des Directives fédérales contre la pauvreté sont éligibles à une réduction de 40 % ;

4. Les patients ayant un revenu familial supérieur à 450 % mais inférieur à 500 % des Directives fédérales contre la pauvreté sont éligibles à une réduction de 35 %.

F. Services exclus. Les services de santé suivants ne sont pas éligibles à l'aide financière en vertu de cette politique :

1. Achats provenant d'opérations de détail, y compris des boutiques de cadeaux, des pharmacies de détail, du matériel médical durable, des achats en cafétéria ;
2. Services fournis par des entités non LifeBridge Health ou des services professionnels par des médecins ou des prestataires de pratique avancée lors des visites à l'hôpital ;
3. Les interventions ou traitements électifs qui ne sont pas médicalement nécessaires, y compris la chirurgie esthétique, la chirurgie bariatrique, l'ablation veineuse.
4. Les services fournis dans les centres d'infirmierie, de réhabilitation et de garde pour adultes de Levindale ainsi que tout montant considéré par Medicaid comme responsabilité du patient.
5. Programmes existants ou préétablis pour aider les patientes à assurer une couverture définie de services similaires à Best Beginnings pour les femmes sans papiers nécessitant des soins prénataux ou Access Carroll pour des soins gratuits en clinique auprès des populations de patients non assurées ou sous-assurées du comté de Carroll.

G. Communication des informations sur la politique aux patients et au public. Les hôpitaux LifeBridge Health prendront des mesures pour informer et informer les patients, visiteurs et les résidents de la communauté desservie par l'hôpital au sens large de cette politique, de manière à ce que, au minimum, l'auditeur et le lecteur inveniennent que l'hôpital offre une aide financière et informe les particuliers sur la manière et le lieu d'obtenir plus d'informations concernant cette politique. Ces mesures comprendront les éléments suivants :

1. Affichez clairement et de façon visible des panneaux pour informer les patients et visiteurs de la disponibilité de l'aide financière, y compris les urgences, les zones d'admission et les services de facturation
2. Rendez cette politique, la demande et un résumé en langage clair de cette politique largement disponibles sur son site web www.lifebridgehealth.org.
3. Mettez à disposition des copies papier de cette Politique, de la Demande et d'un résumé en langage clair de cette Politique sur demande, gratuitement, dans les lieux publics de chaque hôpital, y compris les urgences, les zones d'admission, le service de facturation et par courrier ou e-mail. De plus, les représentants de l'Accès aux Patients et du Service Client informeront et informeront les personnes lors de l'admission ou de la sortie de l'Aide Financière et fourniront une copie papier d'un résumé en clair de la Politique d'Aide Financière.

4. Listez tous les prestataires, tels que référencés dans l'Addendum I, qu'ils soient employés ou non par l'hôpital, couverts par cette politique et rendus largement disponibles sur son [site web www.lifebridgehealth.org](http://www.lifebridgehealth.org).
 5. La recommandation des patients pour une aide financière peut être faite par tout membre du personnel ou du personnel médical de LifeBridge Health, y compris médecins, infirmiers, conseillers financiers, travailleurs sociaux, gestionnaires de cas, aumôniers et parrains religieux.
 6. Une demande d'aide financière peut être faite par le patient ou un membre de la famille, un ami proche ou un associé du patient, sous réserve des lois et limitations applicables à la vie privée.
 7. Toutes les informations écrites ou imprimées concernant cette politique, y compris la demande, seront mises à disposition dans chacune des langues parlées par les moins nombreux des 1 000 personnes, soit 5 % de la communauté desservie par l'hôpital ou la population susceptible d'être rencontrée ou affectée par l'hôpital. L'hôpital prendra des mesures raisonnables pour s'assurer que les informations concernant cette politique et sa disponibilité soient clairement communiquées aux patients qui ne maîtrisent pas la lecture et l'écriture et/ou qui parlent d'autres langues que celles pour lesquelles les informations sur cette politique sont imprimées ou publiées.
- H. Procédures de conservation des documents. L'hôpital conservera des documents conformément aux politiques de rétention suffisants pour identifier chaque patient jugé éligible à l'aide financière, y compris la demande du patient, toute information obtenue ou prise en compte pour déterminer son éligibilité à l'aide financière (y compris les informations sur les revenus et actifs du patient), la méthode utilisée pour vérifier le revenu du patient, le montant dû par le patient, la méthode et le calcul de toute aide financière à laquelle ce patient était éligible et effectivement reçu, ainsi que la personne qui a approuvé la détermination de l'éligibilité de ce patient à l'aide financière.
- I. Relation avec la politique de facturation et de recouvrement. Pour tout patient qui ne paie pas à temps tout ou une partie du montant dû, l'hôpital suivra les directives définies dans sa politique distincte de facturation et de recouvrement ; à condition que l'hôpital n'engage ni n'engage d'actions de recouvrement extraordinaires (y compris saisies, privilèges, saisies, saisies, saisies ou saisies d'actifs, entamant des actions civiles ou pénales, ventes de dettes à des tiers, signalant des informations défavorables aux agences de crédit ou aux agences de crédit) contre tout patient pour non-paiement à temps de toute partie du compte du patient, sans d'abord faire des efforts raisonnables pour déterminer si le patient est éligible à l'aide financière. Les efforts raisonnables sont énoncés dans la politique distincte de facturation et de recouvrement, y compris ceux relatifs aux communications avec les patients et aux actions requises, aux délais et aux avis de demande d'aide financière complète ou incomplète. Une copie de la politique de facturation et de recouvrement peut être obtenue gratuitement auprès de l'une des sources ou lieux listés dans la section III.K. ci-dessous.

- J. Disponibilité de plans de paiement basés sur le revenu – Les plans mensuels de paiement basés sur le revenu sans intérêt sont disponibles sans demande et sans frais de service. Les montants mensuels des plans de paiement basés sur le revenu ne doivent pas dépasser 5 % du revenu brut ajusté mensuel individuel et sont disponibles sans vérification de crédit après une inscription rapide et facile sans papier. Des détails supplémentaires sont mentionnés dans la politique de recouvrement de facturation. La loi applicable aux plans de paiement est établie conformément et sous réserve du Sous-titre 10 du Titre 12 de l'article du Code annoté du Maryland.
- K. Aucun effet sur d'autres politiques ; Politique soumise à la législation applicable. Cette politique ne doit pas modifier ni modifier d'autres politiques concernant les efforts d'obtention de paiements auprès de payeurs tiers, les transferts ou les soins d'urgence. Cette politique et toute aide financière seront soumises à toutes les lois fédérales, étatiques et locales applicables.
- L. Sources et lieux d'information. Des copies de cette politique, de la demande, de la politique de facturation et de recouvrement, ainsi que de la politique EMTALA, peuvent être obtenues auprès de ou auprès de l'une ou plusieurs des sources ou lieux suivants :
1. Toute zone de service client, d'accès aux patients ou d'enregistrement des patients ;
 2. Service des urgences, zones d'admission ou service de facturation ;
 3. En appelant le service client au (800)788-6995 ; et
 4. Site web de LifeBridge Health à www.lifebridgehealth.org.

**POLITIQUE APPROUVÉE PAR
LE CONSEIL D'ADMINISTRATION
LE 21/05/2026**