

Titre de la politique :	Politique d'aide financière en matière de services de santé	N° de la politique :	179
Mots clés	patient, financier, aide, charité, soin, requis, services, Besoin d'aide spéciale (NSA), exclus, exclusions de l'aide financière, Demande d'aide financière (FAA)		

I. Objet de la politique

Établir une politique pour l'administration du programme d'aide financière en matière de services de santé du centre hospitalier de Dartmouth-Hitchcock (D-H) et du Cheshire Medical Center (CMC). La présente politique établit ce qui suit concernant tous les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires dispensés par l'ensemble des établissements D-H/CMC :

- les critères d'éligibilité à l'aide financière
- la méthode de demande d'aide financière par les patients
- les bases de calculs des montants facturés aux patients éligibles à l'aide financière conformément à la présente politique et la limitation des frais pour soins d'urgence ou pour d'autres soins médicalement nécessaires
- les mesures prises par D-H/CMC pour promouvoir la politique au sein de la communauté concernée.

La présente politique est destinée à répondre aux exigences de la section 501(r) de l'*Internal Revenue Code* (code des impôts américain) NH RSA 151:12-b, et à celles de la *Patient Protection and Affordable Care Act* (loi sur la protection des patients et des soins abordables) de 2010 qui sera modifiée régulièrement dans la mesure requise par la loi en vigueur.

II. Cadre de la politique

La présente politique s'applique à tout prestataire de services de D-H/CMC travaillant dans tout établissement D-H/CMC chargé de fournir des soins d'urgence ou tout autre soin médicalement nécessaire et facturé par le prestataire de services de D-H/CMC.

Dans le cadre de la présente politique, les demandes « d'aide financière » concernent la prestation de soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires dispensés dans l'ensemble des établissements D-H par D-H ou par tout autre prestataire de services employé par D-H.

III. Définitions

Aide financière (aussi connue sous le nom « d'aide de bienfaisance ») : La prestation de services de santé gratuits ou à un tarif préférentiel aux individus qui remplissent les critères établis en vertu de la présente politique.

La **famille** est définie par le *US Census Bureau* (bureau de recensement des États-Unis d'Amérique) comme un groupe de deux personnes ou plus qui résident ensemble ou sont liées par la filiation, le mariage ou l'adoption.

- La législation de l'État concernant le mariage ou l'union civile et les lignes directrices fédérales sont utilisées pour déterminer qui est inclus dans une famille.
- Dans le cas de demandeurs qui touchent un revenu pour s'occuper d'adultes handicapés chez eux, l'adulte handicapé sera compté comme un membre de la famille et son revenu inclus dans le calcul.
- Les règles de l'*Internal Revenue Service* (le fisc américain) qui définissent ceux qui peuvent être déclarés comme personnes à charge à des fins fiscales sont utilisées comme référence afin de valider la taille de la famille dans l'octroi d'une aide financière.

Aide financière par présomption : L'octroi d'une aide financière pour des services médicalement nécessaires aux patients pour lesquels il n'existe pas de formulaire de demande d'aide financière D-H/CMC dûment rempli en raison de l'absence de documents justificatifs ou de réponse du patient. La détermination de l'éligibilité à l'aide est basée sur les circonstances individuelles de vie justifiant un besoin financier. L'aide financière par présomption n'est pas disponible pour les soldes restants dans le cadre du programme Medicare (système fédéral d'assurance santé américain).

Foyer : Un groupe d'individus résidant principalement dans le même foyer qui ont une union légale (par le sang, le mariage, l'adoption), ainsi que les parents non mariés d'un enfant ou d'enfants en commun. Le foyer d'un patient comprend le patient, le conjoint/la conjointe, l'enfant à charge, un couple non marié ayant un enfant à charge en commun et vivant sous le même toit, un couple homosexuel (marié ou en union civile), et les parents déclarés comme personnes à charge sur la déclaration d'impôts de l'enfant adulte.

Revenu familial : Selon la définition des lignes directrices du *Federal Poverty Level* (FPL - seuil fédéral de pauvreté) publiées chaque année par le *U.S. Department of Health and Human Services* (département de la santé et des services sociaux des États-Unis d'Amérique) et fondée sur :

- les revenus, l'indemnisation chômage, l'indemnisation d'accident de travail, la sécurité sociale, l'allocation supplémentaire de revenu de sécurité, l'aide sociale, les rémunérations aux anciens combattants, les prestations versées aux survivants, la pension de retraite, les intérêts, les dividendes, les loyers, les droits, les revenus fonciers, les fiducies, l'aide aux études, la pension compensatoire, la pension alimentaire, les aides extérieures au foyer et toutes autres sources diverses
- les avantages non monétaires (tels que les timbres alimentaires et allocations logement) **ne** sont **pas** pris en considération
- le revenu avant imposition
- le revenu de tous les membres de la famille (les personnes non apparentées, telles que des colocataires, **ne** sont **pas** prises en considération)

Patient non assuré : Un patient sans assurance ou autre source tierce de paiement pour ses soins médicaux.

Patient sous-assuré : Un patient titulaire d'une assurance quelconque ou autre source tierce de

paiement et dont les frais restants à sa charge excèdent néanmoins sa solvabilité conformément à la présente politique.

Frais bruts : Les frais totaux aux tarifs pleins établis par l'organisation pour les services des soins de santé du patient.

Pathologies d'urgence : Conformément à la définition de la section 1867 de la *Social Security Act* (loi sur la Sécurité sociale) (42 U.S.C. 1395dd), une pathologie se manifestant elle-même par des symptômes aigus d'une sévérité suffisante (y compris une douleur sévère) et dont l'absence d'attention médicale immédiate pourrait, dans la mesure du raisonnable, donner lieu à :

- un risque sanitaire grave pour l'individu (ou, concernant une femme enceinte, la santé de celle-ci ou de son enfant à naître)
- une déficience grave des fonctions corporelles
- un dysfonctionnement grave de tout organe corporel ou partie du corps
- concernant une femme enceinte :
 - un temps insuffisant pour effectuer un transfert sans danger vers un autre hôpital avant l'accouchement
 - une menace à la santé ou la sécurité de la femme ou de l'enfant à naître dans le cas d'un transfert ou d'une sortie de l'hôpital.

Médicalement nécessaire : Tel que défini par *Medicare* en ce qui concerne les articles et services de santé, nécessaires dans la mesure du raisonnable, pour le diagnostic ou le traitement d'une maladie ou d'une blessure ou pour l'amélioration du fonctionnement d'un membre du corps mal formé.

Facultatif : Les articles ou services de santé qui ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires.

Exclusions de l'aide financière : Les services qui ne sont pas considérés comme médicalement nécessaires ou qui sont considérés comme étant facultatifs. Cette politique s'applique aux soins dispensés dans tout établissement de D-H par D-H ou par tout autre prestataire de services employé par D-H. De plus, les prestataires de services peuvent dispenser des soins dans les espaces D-H dans le cadre d'une entité non D-H. Ces services ne sont pas couverts par la politique d'aide financière de D-H/CMC.

IV. Déclaration de principe

Dartmouth-Hitchcock (D-H) et Cheshire Medical Center (CMC) s'engagent à fournir une aide financière aux personnes nécessitant des soins médicaux mais n'ayant pas les moyens financiers de payer les services ou les soldes à leur charge. D-H s'efforce d'assurer que la capacité financière des demandeurs de services de santé ne les empêche pas de solliciter une prise en charge ou de recevoir des soins. Un patient peut demander une aide financière à tout moment avant, pendant ou après la prestation du service, et même après que le compte ait été renvoyé à une agence de recouvrement externe.

D-H/CMC dispensera les soins pour les pathologies d'urgence et pour les services médicalement nécessaires aux individus indépendamment de leur solvabilité ou de leur éligibilité à une aide financière ou gouvernementale, et indépendamment de leur âge, sexe, race, statut social ou migratoire, orientation sexuelle ou appartenance religieuse. Conformément à l'*Emergency Medical Treatment and Active Labor Act* (EMTALA - loi pour le traitement médical d'urgence et l'accouchement), aucun patient ne doit faire l'objet d'une sélection en matière d'aide financière ou d'informations de paiement avant que les services pour les pathologies d'urgence aient été dispensés.

L'aide financière ne saurait remplacer la responsabilité personnelle. Les patients sont tenus de coopérer avec les procédures de D-H/CMC afin d'obtenir l'aide financière ou toute autre forme de paiement, et de contribuer à leurs dépenses médicales en fonction de leur solvabilité individuelle. Les individus ayant la capacité financière de souscrire à une assurance santé sont tenus de le faire afin de s'assurer l'accès aux services de santé pour leur santé personnelle et pour la protection de leurs actifs individuels.

D-H/CMC ne prendra pas de mesures de recouvrement exceptionnelles à l'égard d'un patient sans avoir d'abord fait les efforts, dans la mesure du raisonnable, pour déterminer si ce patient est éligible à l'aide financière. Toute exception doit être approuvée par le directeur financier. Pour des renseignements concernant les mesures que D-H/CMC pourraient prendre dans l'éventualité d'un défaut de paiement, veuillez vous reporter à notre politique régissant le crédit et le recouvrement. Des copies de la [politique régissant le crédit et le recouvrement](#) sont disponibles en ligne ou peuvent être obtenues aux *Patients Financial Services Offices* (bureaux des services financiers aux patients) ou bien peuvent vous être envoyées par courrier en appelant le 844-808-0730.

A. Critères d'éligibilité au programme d'aide financière. Pour être admissible à l'aide financière aux termes de la présente politique, un patient doit remplir les critères suivants :

- Être résident du NH ou du VT, ou être un non-résident recevant un traitement médical d'urgence au D-H/CMC.
- Être non assuré ou sous-assuré, inéligible à tout programme gouvernemental de prestations de soins de santé, et dans l'incapacité de payer ses soins comme établi par la politique régissant le crédit et le recouvrement, selon un calcul des besoins financiers conformément à la présente politique.
- Percevoir un revenu familial brut, comprenant tous les membres du foyer du patient, inférieur à 300 % du seuil fédéral de pauvreté (FPL) sur les 12 derniers mois.
- Percevoir un revenu familial supérieur à 300 % du FPL et un total des soldes dus pour les prestations à D-H/CMC supérieurs à 10 % de 2 années de revenu familial, majoré de 10 % de la valeur des actifs du foyer en sus des montants couverts (tels que décrits ci-dessous).
- Comment la valeur des actifs est-elle déterminée ? Les actifs comprennent sans s'y limiter, les éléments suivants : l'épargne, la pension compensatoire, les certificats de dépôts, les comptes d'épargne retraite, les actions, les obligations, les plans d'épargne retraite par capitalisation 401(k) et les fonds mutuels. Afin de donner à un patient droit à l'aide financière ci-dessus le montant des actifs prend en compte :

- L'épargne (qui comprend les comptes épargne, la pension compensatoire ou les certificat(s) de dépôts) est couverte à hauteur de 100 % du niveau fédéral de pauvreté (FPL)
- Les comptes retraite (y compris les comptes d'épargne retraite, les actions, les obligations, les plans d'épargne retraite par capitalisation 401(k) et les fonds mutuels) sont couverts à hauteur de 100 000 \$, les fonds propres sont couverts à hauteur de 200 000 \$ pour les demandeurs ayant atteint l'âge de 54 ans, et la valeur résiduelle d'une résidence principale est couverte à hauteur de 250 000 \$ pour les demandeurs de 55 ans et plus.
- Lorsque les dividendes sont notés sur la déclaration d'impôts, la source des dividendes sera demandée ainsi qu'une déclaration récente de la valeur marchande.
- Les renseignements de tous les paiements des fiducies et la possibilité d'accéder aux fonds fiduciaires est requise.
- Prouver la conformité aux exigences pour la demande d'une couverture d'un régime qualifié d'assurance-maladie, le *New Hampshire* ou *Vermont Healthcare Exchange Program* (Programme d'échange santé du Vermont ou du New Hampshire), si éligible à ces programmes. Des exceptions à ce prérequis peuvent être approuvées par la haute direction avec justificatif et au cas par cas. Le justificatif dépendra des faits et circonstances et peut inclure :
 - Les personnes ayant manqué la période d'inscription et ne rentrant pas dans la catégorie « événement de vie majeur en dehors de la période d'inscription ».
 - Ceux pour qui le fardeau économique de souscrire à une assurance santé serait difficilement supportable.

Si aucune interaction n'a lieu avec le patient concernant l'aide financière ou si le patient n'est pas en mesure de compléter les procédures de demande requises dans le cadre de la présente politique, ces patients peuvent néanmoins être considérés comme éligibles à l'aide financière par présomption.

B. Méthode de demande d'aide financière par les patients

1. D-H/CMC rechercheront des sources alternatives de couvertures et/ou de paiement tels que des programmes fédéraux, d'États ou autres programmes et aideront les patients à faire des demandes. Pour tout solde restant après épuisement des autres ressources disponibles, D-H/CMC entreprendra une évaluation individuelle des besoins financiers d'un patient afin de déterminer si un individu peut bénéficier d'une aide, en utilisant les procédures suivantes :
 - Un patient ou un garant est tenu de soumettre une demande via un formulaire approuvé par la direction de D-H/CMC, et doit fournir les renseignements et documents justificatifs personnels, financiers et autres tels que requis par D-H/CMC afin de déterminer si l'individu peut bénéficier de l'aide, incluant, sans s'y limiter, les documents justificatifs pour vérifier le revenu familial, les actifs disponibles ou autres ressources. Si D-H/CMC ne parvient pas à obtenir une demande ou tout autre document justificatif requis du patient ou du garant du patient, D-H/CMC peut considérer que le patient est éventuellement éligible à l'aide financière par présomption.
 - À la place d'une demande et des documents justificatifs du patient, le personnel peut utiliser l'une des méthodes suivantes pour justifier une recommandation à des fins

d'approbation d'une demande d'aide financière :

- D-H/CMC peut avoir recours à un ou plusieurs prestataires de services pour étudier l'éligibilité des individus en utilisant les sources de données accessibles au public fournissant des renseignements sur la capacité ou la propension du patient ou de son garant à payer.
- Son éligibilité actuelle à Medicaid (couverture médicale pour les plus démunis).
- Une déclaration récente fournie par une autorité fédérale ou de l'état concernant l'hébergement.
- Un justificatif d'hébergement dans un refuge pour sans-abris ou d'un centre de soins de santé fédéral agréé.
- Un justificatif d'incarcération sans source de paiement du centre de détention ; ou
- Pour un patient individuel, une attestation verbale de ce dernier indiquant son revenu et ses actifs, tenant lieu d'une preuve écrite du revenu, peut être acceptée en ce qui concerne un (1) seul compte, sous réserve que le solde dudit compte soit inférieur à 1 000 \$.

2. Il est préférable, mais pas obligatoire, qu'une demande d'aide financière et qu'un calcul des besoins financiers aient lieu avant la prestation de services médicalement nécessaires non urgents. Cependant, le patient peut être considéré pour une aide financière à tout moment du cycle de recouvrement. Une demande d'aide financière approuvée s'applique à tous les soldes pour lesquels le patient a demandé la charité, en plus des soins d'urgence et autres soins médicalement nécessaires dispensés pour une période, aux dates de service avant la réception de l'aide financière demandée, y compris les soldes remis à une agence de recouvrement et tous services fournis avant ou à la date d'expiration mentionnée sur l'accusé de réception tant que le service n'est pas indiqué ci-dessous. Passé ce délai, ou à tout autre moment, dès lors qu'une information complémentaire pertinente à l'éligibilité du patient à l'aide financière est connue, D-H/CMC réévaluera le besoin financier de l'individu conformément à la présente politique.

D-H/CMC reconnaît les décisions prises par les programmes d'aide suivants sans solliciter de copies des demandes. D-H/CMC se réserve le droit d'accepter ou de rejeter les décisions prises en dehors des lignes directrices de D-H/CMC par les organisations listées ci-dessous. Toutes les quotes-parts applicables ou autres montants à la charge du patient doivent être demandés conformément aux conditions desdits programmes.

- NH Health Access Network Card (carte du réseau d'accès à la santé du New Hampshire), uniquement pour les patients assurés
 - Good Neighbor Health Clinic (Clinique de santé Good Neighbor),
 - Manchester Community Health Center (Centre communautaire de santé de Manchester),
 - Nashua Area Health Clinic (Clinique de santé de la région de Nashua)
 - Mobile Community Health
 - Teen Health Clinic
 - Éligibilité actuelle à Medicaid si non rétroactive pour couvrir les services passés
 - Patient décédé sans actifs (tel que confirmé par l'exécuteur testamentaire ou l'État)
3. D-H/CMC a pour objectif de traiter une demande financière et d'informer le patient d'une décision par écrit dans les 30 jours suivant la réception de la demande remplie en bonne et due forme.

4. **Procédure de recours** : Si D-H/CMC refusent partiellement ou totalement l'octroi de l'aide financière, le patient (ou son représentant) peut alors faire appel de la décision dans les 30 jours. Le patient doit écrire une lettre au directeur en charge de l'éligibilité et des inscriptions afin d'expliquer pourquoi la décision prise par D-H/CMC n'était pas appropriée. La lettre d'appel sera examinée par D-H/CMC et une décision finale sera envoyée au patient dans les 30 jours suivant la réception de la demande d'appel.

C. Calcul du montant de l'aide financière

Tous les paiements d'assurance et les ajustements contractuels ainsi que la remise aux personnes non assurées sont appliqués avant l'ajustement de l'aide financière. Consultez la politique de D-H/CMC relative aux remises accordées aux patients non assurés : Division de la gestion des revenus (lien ci-dessous)

Si la demande d'un individu est validée pour l'octroi de l'aide financière, le montant de ladite aide qui sera remise pour le soin en question sera la suivante :

- si le revenu familial égal ou inférieur à 225% du seuil de pauvreté (FPL), il/elle recevra 100 % d'aide financière ;
- si le revenu familial se situe entre 226 % et 250 % du FPL, une remise de 75 % sera accordée ;
- si le revenu familial se situe entre 251 % et 275 % du FPL, une remise de 50 % sera accordée ;
- si le revenu familial se situe entre 276 % et 300 % du FPL, une remise de 25 % sera accordée.
- Comme mentionné plus haut, les patients dont le revenu familial est supérieur à 300 % du FPL peuvent avoir droit à l'octroi d'une remise sur les soldes à la charge du patient (« self-pay »). Des remises seront accordées de sorte que le montant total de la facture à régler incombant au patient n'excède pas l'équivalent de 10 % de son revenu brut sur 2 ans, majoré de 10 % des actifs dépassant le calcul des actifs couverts décrits précédemment dans la présente politique. Toutes remises autres que celles décrites plus haut doivent être approuvées par le comité des appels des demandes à l'aide financière sur la base d'un recours par écrit du patient ou de la partie responsable.
- Les patients remplissant les critères d'aide financière par présomption recevront 100 % de l'aide financière.

Les patients sans assurance, y compris les patients non assurés admissibles à l'aide financière dans le cadre de la présente politique, ne seront pas facturés plus que le montant généralement facturé aux patients ayant une assurance couvrant le même soin. Dartmouth-Hitchcock applique une remise sur les frais bruts de tous les soldes pour les patients qui n'ont pas d'assurance, résultant en un solde réduit que le patient est tenu de régler. La remise est basée sur la méthode de « la période rétrospective de Medicare pour la rémunération à l'acte ainsi que celle des débiteurs privés » comme indiqué dans les réglementations en vigueur appliquant la Section 501(r) de l'*Internal Revenue Code* (code des impôts américain). La remise est appliquée avant facturation du patient et avant application de tout ajustement lié à l'aide financière. Cette remise ne s'applique pas aux quotes-parts, coassurances, aux montants de la franchise, au prépaiement ou aux services forfaitaires qui reflètent déjà la remise requise, ni aux services classifiés comme non couverts par toutes les compagnies d'assurance.

Pour l'année fiscale 01/07/2018-30/06/2019, les taux de remise suivants s'appliquent :

Dartmouth-Hitchcock Clinic (Clinique Dartmouth-Hitchcock)	58.1 %
Mary Hitchcock Memorial Hospital (Hôpital Mary Hitchcock Memorial)	58.1 %
Cheshire Medical Center (Centre médical Cheshire)	64,7 %

Éligibilité à l'aide financière par présomption :

D-H/CMC peuvent faire appel à un tiers pour vérifier les informations du patient afin d'évaluer ses besoins financiers. Cette vérification utilise un modèle prédictif reconnu dans le secteur de la santé qui s'appuie sur des bases de données d'archives publiques. Le modèle contient des données d'archives publiques pour calculer un score de capacité socioéconomique et financière comprenant des estimations de revenus, de ressources et de liquidité. L'ensemble de règles du modèle est conçu pour évaluer chaque patient avec les mêmes standards et est calibré sur les approbations historiques d'aide financière pour Dartmouth-Hitchcock.

Les informations du modèle prédictif peuvent être utilisées par D-H/CMC pour accorder l'éligibilité par présomption en cas d'absence d'informations fournies directement par le patient. L'aide financière par présomption n'est pas disponible pour les soldes restants selon le programme Medicare (système fédéral d'assurance santé américain).

La sélection par présomption est utilisée, sans prendre en compte le solde impayé, sur des comptes allant au-delà de 120 jours après l'envoi des relevés et préavis pour recouvrer la dette et avant le renvoi du compte vers une agence de recouvrement externe, pour fournir une aide financière aux patients qui n'ont pas répondu à la notification de l'option de compléter la demande d'aide financière. Les comptes de succession ayant dépassé les délais sont éligibles à une sélection par présomption.

Remboursements :

Si un patient a réglé un solde exigible et présente ensuite une demande d'aide financière dûment complétée qui est approuvée selon le processus de demande, l'hôpital remboursera toute somme que l'individu a payé pour le soin.

D. Communication concernant la politique d'aide financière de D-H aux patients et au sein de la communauté

- L'orientation des patients vers l'aide financière peut être faite par tout membre du personnel ou représentant de D-H/CMC, y compris les médecins, les infirmiers, les conseillers financiers, les assistants sociaux, les administrateurs de dossiers, les aumôniers ou les parrains d'un groupe confessionnel. Une demande d'aide financière peut être soumise par le patient ou un membre de la famille, un ami proche ou un associé du patient, sous réserve des lois applicables sur la protection de la vie privée.
- L'information concernant l'aide financière de D-H/CMC, incluant sans se limiter à la présente politique, un résumé en langage simple de cette politique, un formulaire de demande et des renseignements concernant les procédures et politiques régissant le recouvrement auprès des patients de D-H/CMC, seront mises à la disposition du public et aux patients de D-H/CMC par les moyens décrits ci-dessous :
 - sur le site internet de D-H/CMC,
 - par affichage dans les espaces de soin des patients,
 - sur des fiches d'information dans les services d'enregistrement et d'admission,

- dans d'autres espaces publics tels que déterminés par D-H/CMC,
 - disponibles dans les principales langues parlées par la population desservie par D-H/CMC ; des services de traduction sont disponibles le cas échéant.
- Si le solde est approuvé, une lettre d'approbation est envoyée au patient.

E. Aide pour remplir les formulaires de demande

Vous pouvez recevoir de l'aide en personne pour remplir le présent formulaire de demande aux lieux suivants :

Dartmouth-Hitchcock Medical Center	Dartmouth-Hitchcock Concord	Dartmouth-Hitchcock Manchester	Dartmouth-Hitchcock Nashua	Dartmouth-Hitchcock Keene
One Medical Center Drive	253 Pleasant Street	100 Hitchcock Way	2300 Southwood Drive	580-590 Court Street
Lebanon, NH 03756	Concord, NH 03301	Manchester, NH 03104	Nashua, NH 03063	Keene, NH 03431
(603) 650-8051	(603) 229-5080	(603) 695-2692	(603) 577-4055	(603) 354-5454 ext : 4444

Vous continuerez d'être financièrement responsable pour tout service jusqu'à ce que votre demande soit reçue en bonne et due forme.

Des options complémentaires peuvent être obtenues par le *New Hampshire Health Access Network* (Réseau d'accès à la santé du New Hampshire) (<https://www.healthynh.com/nh-health-access-network.html>)

F. Procédure d'appels en matière d'aide financière

- Si le solde n'est pas approuvé, une lettre de refus sera envoyée au patient ou bien, s'il en fait la requête, une copie de la demande soulignant la raison du refus. Une lettre établissant la procédure formelle d'appels est également envoyée avec tout refus ou pour les lettres n'octroyant qu'une réduction partielle.
- Un comité composé de trois dirigeants de D-H n'ayant pas participé à la procédure initiale examineront l'appel et donneront des recommandations concernant tous les refus d'appels.

G. Calcul des niveaux de charité

- Les niveaux d'autorisations sont les suivants :

Poste	Dartmouth-Hitchcock	Cheshire Medical Center
Vice-président/Directeur financier/ Président	>350 000 \$	>100 000 \$
Gestion des revenus du directeur	>50 000 \$	>50 000 \$

Directeur - Conifer	Jusqu'à 50 000 \$	Jusqu'à 50 000 \$
Responsable - Conifer	Jusqu'à 5 000 \$	Jusqu'à 5 000 \$
Superviseur - Conifer	Jusqu'à 1 000 \$	Jusqu'à 1 000 \$
Chargé de compte - Conifer	Jusqu'à 500 \$	Jusqu'à 500 \$

H. Exclusions de l'aide financière - Services

A. Considérations particulières

- Les interventions médicales suivantes ne sont pas inévitablement des formules tout compris.
- Des services jugés comme n'étant pas médicalement nécessaires par le prestataire de services pourraient être exclus.
- Tous les efforts seront mis en œuvre pour informer le patient avant le service de tout traitement non couvert par le programme d'aide financière.

B. Interventions esthétiques facultatives (non couvertes)

- Chirurgie bariatrique
- Capsulectomie mammaire avec implants
- Mastopexie (lifting des seins)
- Gynécomastie (ablation des seins masculins)
- Mastectomie (transsexuel ou esthétique)
- Rhytidectomie (lifting facial)
- Blépharoplastie (paupières)
- Lifting des sourcils (gras / rides sur le front)
- Mammoplastie d'augmentation (implants mammaires)
- Réduction mammaire (réduction mammaire si non couverte par l'assurance)
- Rhinoplastie (nez)
- Interventions de dermatologie
- Abdominoplastie (liposuction du ventre)
- Lipectomie de toute nature (liposuction) - peut également être répertoriée comme l'élimination de l'excès de peau ou de graisse qui n'est pas considéré comme une nécessité médicale

Remarque : Les interventions ci-dessus sont généralement examinées et identifiées par les responsables des informations financières

C. Insémination artificielle

- Micro-réanastomose (inversion de la ligature des trompes)
- Vasovasostomie (inversion de la vasectomie)
- Laparoscopie pour le traitement de l'infertilité (Programmes IAD - FIV – GIFT (transfert intratubaire de gamètes))
- Traitement de l'infertilité - besoin de recherche : s'agit-il du diagnostic ou du traitement

D. Autre

- Acuponcture
- Services chiropratiques
- Appareils auditifs et réparations
- Lunettes

- Massage thérapeutique
- Ordonnance pharmaceutique et médicaments en vente libre
- Clinique santé-voyage
- Étude du cordon sanguin
- Trouble de l'identité sexuelle
- Ventes au détail
- Services fournis par Renaissance Psychiatry of New England, LLC

E. Divisions de Manchester et Nashua seulement

- **Examens oculaires de routine**
 - o Uniquement couverts s'ils sont jugés comme étant médicalement nécessaires et/ou s'il y a une pathologie sous-jacente.
 - o Dans les cas où ces conditions n'existent PAS, le planificateur informera le patient qu'une aide financière ne s'appliquera pas.
 - o Keene et Lebanon Ophthalmology les radiant

F. Exemptions

- A. Certains services relèvent de la catégorie «facultatif et non médicalement nécessaire» et peuvent être couverts par la politique d'aide financière du D-H/CMC pour tous les services liés à l'épisode de soins ou à certains seulement.
- B. Les politiques et les procédures seront établies pour les services connus et seront gérées par l'équipe d'accès aux ressources des patients.
- C. Celles-ci seront examinées annuellement pour révision si nécessaires.
- D. Les cas individuels seront examinés par la direction d'accès des patients et le vice-président de la gestion des revenus en vue d'approuver l'exception.

I. Exclusions de l'aide financière - Prestataires non D-H

- Cheshire – Radiology Associates of Keene (Associés de radiologie de Keene)
- Cheshire – Surgicare Medical Equipment (Matériel médical Surgicare)
- Cheshire – Monadnock Family Services (Services aux familles Monadnock)
- Manchester – Foundation Medical Partners (Fondation des partenaires médicaux)
- Manchester – Amoskeag Anesthesia (Anesthésie Amoskeag)
- Manchester – Dietician Services (Services de diététicien)
- Manchester – Alliance Health Services/Catholic Medical Center (Services de santé Alliance/Centre médical catholique)
- Bedford – Alliance Health Services/Catholic Medical Center (Services de santé Alliance/Centre médical catholique)
- Nashua – Greater Nashua Mental Health Center (Centre de santé mentale de la région métropolitaine de Nashua) (travailleur social)
- Nashua – Nashua Anesthesiologist Group (Groupe d'anesthésistes de Nashua)
- Nashua – St. Joseph's Hospital (Hôpital St. Joseph) (Services de thérapie physique/rééducation)
- Concord – Riverbend Community Mental Health (Santé mentale communautaire de Riverbend)
- Concord – Services fournis par le Concord Hospital (Hôpital Concord)
- Lebanon – Matériel médical Orthocare

V. Références N/A

Propriétaire responsable :	Division des finances de l'entreprise	Contact(s) : e-mail	Kimberly Mender
Approuvé par :	Conseil d'administration ; Agent en chef Finance ; Bureau de soutien aux politiques ; Politiques organisationnelles seulement ; Tina Naimie, Kathryn Willbarger	N° de version :	7
Date d'approbation actuelle :	17/09/2018	Ancien n° de document :	RMD 0031
Date d'entrée en vigueur de la politique :	Approuvée par le comité de finance du MHMH/DHC 23/06/2016 ; MHMH/DHC Conseils d'administration 24/06/16		
Politiques et procédures associées :	Politique de remise aux patients non assurés : Division de la gestion des revenus Politique régissant le crédit et le recouvrement Politique de paiement budgétaire – Division de la gestion des revenus		
Aides de travail associées :			