

政策标题：	针对医疗服务的财务援助政策	政策编码：	179
关键词	患者、财务、援助、慈善、护理、所需、服务、NSA、不包括、财务援助不涵盖项、FAA		

一、 政策目的

为 Dartmouth-Hitchcock 针对医疗服务的财务援助项目的实施而制定本政策。本政策就所有 D-HH 设施内进行的一切紧急性或其他必要性医疗护理概述如下：

- 接受财务援助的资格标准。
- 患者申请财务援助的方法。
- 按照本政策有资格接受财务援助的患者的收费计算依据，以及对紧急性或其他必要性医疗护理收费的限制。
- D-HH 在所服务社区内对本政策进行宣传的措施。

本政策旨在遵循 NH RSA 151:12-b、《美国国内税收法》(Internal Revenue Code) 第 501(r) 条及《2010 年患者保护与平价医疗法案》(Patient Protection and Affordable Care Act)，并将按照适用法律规定定期进行修订。

二、 政策适用范围

本政策适用于在任何 D-HH 设施工作的 D-HH 服务提供方，其负责提供紧急性和任何其他必要性医疗护理并收取费用。

出于本政策之目的，“财务援助”申请涉及到在任何 D-HH 设施内由任何 D-HH 聘用的服务提供方所提供的紧急性和其他必要性医疗护理。

三、 定义

财务援助（又称为“慈善护理”）：向满足本政策制定的资格标准的人士免费或减费提供医疗护理服务。

家庭：美国人口普查局 (U.S. Census Bureau) 将其定义为两个或两个以上由于血缘、婚姻关系或收养关系居住在一起的人。

- 组成家庭的成员依据有关婚姻或民事结合的州法律以及联邦方针来确定。
- 如果申请人的收入源于在家中看护成年残疾人，则该成年残疾人将被视为家庭成员，并且其收入会被考虑在内。
- 出于发放财务援助之目的而对家庭成员人数进行验证时，将使用美国国家税务局 (Internal Revenue Service) 出于税收目的用于决定何人为受赡养人的规定。

推断性财务援助：向接受必要性医疗服务的患者提供财务援助，尽管该患者由于支持性文件不全或没有做出反馈而没有完成 D-HH 财务援助申请表。是否具备接受财务援助的资格取决于申请人由于生活环境产生的财务需求。推定性财务援助不适用于使用联邦医疗保险 (Medicare) 后的费用余额。

家人：由于法律意义上的亲属关系（血缘、婚姻、收养）而居住在同一个家庭的一群人，以及共同抚养一个或多个子女的未婚父母。患者的家人包括患者、配偶、受赡养子女、共同抚养子女的同居未婚父母、同性夫妇（婚姻或民事结合）、纳入成年子女纳税申报表的父母。

家庭收入：按照美国卫生与公共服务部 (U.S. Department of Health and Human Services) 每年公布的联邦贫困线的定义并基于以下各项：

- 收入、失业救济金、工伤赔偿、社会保障金、补充保障收入 (Supplemental Security Income)、公共援助金、退伍军人金、遗属抚恤金、养老金或退休后的收入、利息、股息、租金、特许权使用费、以及从地产、信托、教育援助、赡养收入、子女抚养费、外来援助和其他杂项来源的收入；

- 非现金福利（比如食品券和住房补贴）不计在内；
- 税前收入；
- 所有家庭成员的收入（非亲属，比如室友，不计在内）。

无保险患者： 没有保险或其他第三方为其支付医疗护理费用的患者。

低保患者： 具有一定保险或其他第三方费用支付资源的患者，但依据本政策其自费数额仍超出其支付能力。

总收费： 服务机构为患者的医疗服务设定的全额收费率。

紧急医疗情况： 按照《社会安全法案》(Social Security Act, 42 U.S.C. 1395dd) 第 1867 条的定义，表现为足够严重的急性症状（包括剧痛）的医疗病症，并且如不立即采取医疗措施则可能导致：

- 此人的健康（如为孕妇，则孕妇或胎儿的健康）陷入严重的危险处境。
- 身体功能严重受损。
- 身体器官或部分的严重功能障碍。
- 如果为孕妇：
 - 没有足够时间在产前安全转移到另一家医院
 - 转院或出院过程中对孕妇或胎儿的健康或安全造成威胁。

必要性医疗： 按照联邦医疗保险 (Medicare) 的定义，用于诊断或治疗病症、外伤或者用于改善某个异常身体部分的功能的合理及必要的医疗护理产品或服务。

选择性医疗：不应被视为必要性医疗的医疗护理产品或服务。

财务援助不涵盖内容：不应被视为必要性医疗或被视作选择性医疗的服务。本政策适用于在任何 D-H、APD 或 CMC 设施内由任何 D-HH 聘用的服务提供方提供的护理。此外，服务提供方还可以在 D-H、APD 或 CMC 设施内作为非 D-HH 实体的一部分提供护理。D-HH 财务援助政策不涵盖该等服务。

Dartmouth-Hitchcock Health:就本政策的目的而言，Dartmouth-Hitchcock 健康体系 (D-HH) 的成员包括：Alice Peck Day Memorial Hospital、Cheshire Medical Center、Mt. Ascutney Hospital 和 Health Center、New London Hospital、佛蒙特州与新罕布什尔州 (VNH) 的上门服务护理和临终关怀机构。新罕布什尔州和弗尔芒特州的所有其它医院均非成员机构。

截至 2019 年 5 月 11 日，本政策适用于 Dartmouth-Hitchcock Clinic、Mary Hitchcock Memorial Hospital、Alice Peck Day Memorial Hospital 和 Cheshire Medical Center。

截至 2020 年 5 月，本政策还将适用于 New London Hospital。

四、 政策说明

Dartmouth-Hitchcock Health (D-HH) 致力于向具有卫生保健需求但是无财务能力支付应承担的服务费用或余额的人士提供财务援助。

D-HH 力求确保具有保健服务需求的人士不会因其财务能力不足而无法寻求或接受护理。患者可以在接受服务之前、期间和之后的任何时间申请财务援助，包括其账户已被转介给院外欠款征收机构以后。

D-HH 会向人们提供紧急医疗情况所需的护理以及必要性医疗服务，无论其支付能力如何或者是否有资格享有财务或政府援助，也无论其年龄、性别、种族、社会或移民身份、性取向或宗教信仰如何都将进行救治。根据《医疗急救与紧急分娩法案》(Emergency Medical

Treatment and Active Labor Act, EMTALA) 的规定, 在针对紧急医疗情况提供服务之前, 不得就财务援助或付款信息对患者进行筛查。

财务援助不应被视为个人责任的替代。在 D-HH 进行财务援助或其他形式的支付手段的手续办理期间, 患者应当采取合作态度, 并且根据各自的支付能力承担其护理的部分费用。具有财务能力购买保险的人士应根据规定购买保险, 以确保能够获得卫生保健服务, 这样做不仅是出于其总体健康考虑, 也是为了保护其个人资产之目的。

在采取合理措施来决定患者是否有资格接受财务援助之前, D-HH 不会采取代雇佣代理催收欠款的极端手段。所有例外情况必须获得首席财务官的批准。如需了解 D-HH 在欠费情况下可能采取的措施, 请参见我们的信用和欠款征收政策。[信用和欠款征收政策](#)的副本可以在线获取, 或向患者财务服务办公室 (Patient Financial Services Offices) 索取, 或通过拨打 844-808-0730 要求将副本寄给您。

A. HIV 患者接受财务援助的资格标准。 为了具备接受本政策制定的财务援助的资格, 患者必须满足如下条件:

- 新罕布什尔州或佛蒙特州本地居民, 或者在 D-HH 接受急诊治疗的非居民。
- 无保险、低保、无资格接受任何政府保健福利项目且无法按照信用和欠款征收政策的规定支付护理费用, 依据本政策来决定财务需求。
- 在过去 12 个月里, 总体家庭收入 (包括患者的所有家庭成员在内的总收入) 低于联邦贫困线的 300%。
- 家庭净收入超过联邦贫困线的 300%, 并且在 D-HH 的保健服务欠费余额超出两年家庭收入的 10%, 并且家庭资产值的 10% 超出庇护金额 (描述如下)。
- 针对 C 部分和 D 部分的 NH Cares HIV 计划。要获得 NH Cares 资助 (NH State) 的资格, 患者必须先申请 NH Medicaid, 并被拒绝。如被拒, 且收入低于联邦贫困线的 300%, 并且患者符合要求并提供了所需文件, 则补助金将仅涵盖用于 HIV 护理的

门诊服务。但是，住院服务不包括在该补助金之内，而是计入自付费用。补助金条款要求根据患者收入的百分比来加以限制或设定费用上限。上限的费用包括所有医疗、家庭护理、处方等，即使 D-HH 提供者未提供。D-HH 财务援助始终在费用上限之前使用。对于 C 部分和 D 部分费用上限，资产将不予计算：

参与该计划的资格要求：

- 确诊 HIV (C 部分)
- 确诊 HIV 或者身为携带 HIV 的女性/儿童的家庭成员

参与 NH State HAB (NH CARES) 计划的资格要求：

- 新罕布什尔州的居民
- 确诊 HIV
- 收入低于联邦贫困线的 300%
- 必须每年一次申请联邦医疗补助

下表描述了在 D-HH 停止收取任何其他费用（共同支付，共同保险，自付额或探访费）之前，患者预期要自付的收入百分比。

个人收入	最高收费
处于或低于当前联邦贫困线的 100%	0 美元
当前联邦贫困线的 101% 到 200%	不超过年净收入的 5% (例如：收入为 18000 美元，收费上限为 500 美元)
当前联邦贫困线的 201% 到 300%	不超过年净收入的 7% (例如：收入为 33000 美元，收费上限为 2300 美元)
当前联邦贫困线的 300%	不超过年净收入的 10% (例如：收入为 49000 美元，收费上限为 4900 美元)

- C 部分或 D 部分补助金的每位患者必须每年至少一次提供收入文件，并且如果 D-H FAA 决定延至 6 个月以上，则每 6 个月核实一次收入。支持性信息包括以下任一种：

- 近期的纳税申报单
 - 近期的工资单
 - 失业通知
 - 食品券分配
 - 社会安全收入
- 首选是患者完成特殊 HIV 财务申请，但 D-HH 申请也可以。必须获得并跟踪住房情况等额外信息。
- 出于资产值评估之目的，资产包括但不限于：储蓄、配偶赡养费、存款证明、个人退休账户 (IRA)、股票、债券、401k 和共同基金。出于评估患者接受上述慈善援助的资格之目的而对资产值进行计算时：
 - 储蓄（包括储蓄账户、赡养费或存款证明）庇护达到联邦贫困线的 100%。
 - 退休账户（包括个人退休账户、股票、债券、401k 和共同基金）庇护达到 100000 美元；54 岁以下的申请人的主要住宅资产庇护达到 200000 美元；55 岁或以上的申请人的主要住宅资产庇护达到 250000 美元。
 - 如果税务申报表中列有股息，将要求提供股息来源以及近期的市值声明。
 - 将要求提供所有信托基金支付以及提取基金的能力的文件记录。
 - 如果有资格参与新罕布什尔州或佛蒙特州保健交流项目 (Healthcare Exchange Program)，则需展示以满足该项目提供的合格健康保险计划的申请要求。此要求之例外情况可能由高层领导出于合理原因而批准，但需酌情考虑个别情况个别处理。“合理原因”取决于事实和情况，可能包括：

- 错过公开注册期但是不属于公开注册时期后的生活发生重要变化事件范畴的人士。
- 参与合格健康保险计划带来的财务负担将超出无保状态的人士。

B. 可供患者申请财务援助的方法

如并未就财务援助与患者进行沟通，或者患者无法完成本政策规定的申请手续，该患者仍可以被列入推断性财务援助资格的考虑之内。

1.D-HH 会查看联邦、州或其他项目的替代性保障和/或支付资源，并协助患者申请。对于利用此类支付资源之后的任何余额，D-HH 将对患者的财务需求作出个别评估，以决定该患者是否有资格接受本政策制定的财务援助，评估程序如下：

- 将要求患者或担保人提交 D-HH 管理部门批准的申请表，并提供个人、财务和其他信息及文件，以便 D-HH 决定该患者是否有资格接受财务援助，信息包括但不限于家庭收入、可用资产或其他资源的证明文件。如果 D-HH 无法从患者或其担保人获取申请表或任何所需支持性文件，则 D-HH 可能考虑该患者是否有资格接受推断性财务援助。
- 为了对某一财务援助申请的批准作出提议，工作人员可能使用以下信息来替代患者的申请表及支持性文件：
- D-HH 可能通过一家或多家供应商利用公开数据资源来对申请人进行筛查，公开数据资源可以就患者或担保人的支付能力和倾向提供信息。
- 患者参与医疗补助计划 (Medicaid) 的当前资格。
- 联邦或州住房管理局的当前声明。
- 无家可归人士收容所或联邦合格健康中心 (Federal Qualified Health Center) 的证明。
- 监禁证明，表明该惩教设施不提供支付资源。
- 对个别患者而言，患者仅就一 (1) 个账户对收入和资产作出的口头宣誓（代替书面收入证明）可被采纳，前提是该账户余额少于 \$1000。

2. 财务援助申请以及财务需求评估最好在提供非紧急性的必要性医疗服务之前发生，但这并非必要条件。但在欠款征收期间的任何时间，均可考虑患者的财务援助申请。经批准的财务援助申请适用于患者申请救助的全部余额，以及患者在一定时期（于收到财务援助申请前提供服务的时间）接受的紧急性和其他必要性医疗护理服务，包括交给欠款征收机构的余额，以及于确认函所列失效日期当日或之前提供的任何服务，前提是该服务未列入下文。在此之后或任何时间，若发现与患者接受财务援助资格相关的更多信息，D-HH 将依据本政策对该患者的财务需求进行重新评估。

D-HH 确认以下援助项目在未要求申请表副本的情况下作出的决定。D-HH 保留权利接受或拒绝下列机构根据非 D-HH 指引所作出的决定。所有适用的共同支付费用或其他由患者承担的金额均须依据此等项目的规定加以要求。

- 仅限于参保患者的新罕布什尔州卫生网卡 (NH Health Access Network Card)
- Good Neighbor Health Clinic
- Manchester Community Health Center
- Nashua Area Health Clinic
- Mobile Community Health
- Teen Health Clinic
- 当前的医疗补助计划 (Medicaid) 资格（如不可追溯到包括过往的服务）
- 已故患者并无财产（经遗嘱执行人或州确认）

3. D-HH 力争在收到申请后的 30 日内对财务援助申请进行办理，并将其决定以书面形式通知患者。
4. **申诉程序：**如果 D-HH 拒绝部分或全部财务援助申请，则该患者（或其代理）可于 30 日内对此决定提出上诉。该患者必须书面致函资格与注册主任 (Director of Eligibility and Enrollment)，以就 D-HH 所作决定之不合理性做出解释。D-HH 将在收到已填妥的申诉请求后 30 日内对申诉函进行审核，并将其最终决定通知该患者。

C. 就财务援助额做出决定

在进行财务援助调整之前，所有保险金、合约调整以及无保优惠均被计算在内。参见 D-HH 无保患者优惠政策：收益管理部（链接如下）

如果患者的财务援助得到批准，为适用的护理提供的援助金额如下：

- 处于或低于联邦贫困线的 225% 的家庭收入将获得 100% 的财务援助。
- 处于联邦贫困线的 226% - 250% 的家庭收入将获得 75% 的减费。
- 处于联邦贫困线的 251% - 275% 的家庭收入将获得 50% 的减费。
- 处于联邦贫困线的 276% - 300% 的家庭收入将获得 25% 的减费。
- 如上所述，家庭收入高于联邦贫困线的 300% 的患者可能有资格得到减费待遇，具体取决于其自费支付余额。得到减费待遇后的自费支付总额不超出两年总收入的 10%，并且资产的 10% 超出庇护资产计算（如本政策前文所述）。上文所述以外的任何减费待遇均必须得到财务援助申诉委员会 (Financial Assistance Appeals Committee) 基于患者或负责方的书面申诉加以批准。
- 满足推断性财务援助条件的患者将接受 100% 的财务援助。

对无保险患者（包括有资格接受本政策项下财务援助的无保患者）的收费不能高于向接受同等护理服务的参保患者通常收取的金额。Dartmouth-Hitchcock 对无保患者的总费用的所有余额予以折扣，折扣后的余额由患者负责支付。

此折扣基于“联邦医疗保险服务费加个人付费”的方法，详情参见美国《国内税收法典》(Internal Revenue Code) 第 501(r) 条适用法规所述。此折扣在向患者发出账单之前以及进行任何财务援助调整之前实行。此折扣不适用于任何共同付费、共同保险、自付额、预付款、已经予以折扣的系列服务、或被定为所有保险公司均不涵盖的服务。

对于 2017 年 7 月 1 日至 2020 年 6 月 30 日财政年度，适用以下折扣税率：

Dartmouth-Hitchcock Clinic	58.2%
----------------------------	-------

Mary Hitchcock Memorial Hospital	58.2%
Cheshire Medical Center	64.8%
Alice Peck Day Memorial Hospital	64.8%
New London Hospital	50.0%

D. 针对患者及在社区内就 D-HH 财务援助政策进行的沟通

- 任何 D-HH 工作人员或代理，包括医生、护士、财务咨询师、社会工作者、个案经理、牧师和宗教赞助人，均可对患者进行财务援助的转介。财务援助申请可由患者或患者的家庭成员、好友或相关人士提出，并受适用隐私法约束。
- 有关 D-HH 财务援助的信息，包括但不限于本政策、本政策的通俗用语综述、申请表以及有关 D-HH 患者欠款征收政策和手续的信息，将通过以下方式及其他方式向大众和 D-HH 患者公布：
 - D-HH 网站上公布
 - 张贴于患者护理区；
 - 在登记和住院处的信息卡上提供；
 - 在 D-HH 指定的其他公共场所提供
 - 以 D-H/CMC 服务群体的主要使用语言加以宣传，并按需提供翻译服务。
- 如果费用余额得到批准，患者将收到一封批准信。

E. 协助填写申请表

您可以亲自前往以下场所获得申请表填写方面的帮助：

<p>Dartmouth-Hitchcock One Medical Center Drive Lebanon, NH 03756 (603) 650-8051</p>	<p>Dartmouth-Hitchcock Clinic Concord 253 Pleasant Street Concord, NH 03301</p>	<p>Dartmouth-Hitchcock Clinic Manchester 100 Hitchcock Way Manchester, NH 03104</p>
<p>Dartmouth-Hitchcock Nashua 2300 Southwood Drive Nashua, NH 03063</p>	<p>Dartmouth-Hitchcock Keene 580-590 Court Street Keene, NH 03431</p>	<p>Cheshire Medical Center 580 Court Street Keene, NH 03431</p>
<p>Alice Peck Day Memorial Hospital 10 Alice Peck Day Dr. Lebanon, NH 03766</p>	<p>New London Hospital 273 County Road New London, NH 03257</p>	

在我们收到您填好的申请表之前，您仍将对您收到的任何医疗服务负有财务责任。

其他选择载于新罕布什尔州卫生网

(<https://www.healthynh.com/nh-health-access-network.html>)

F. 财务援助申诉程序

- 如果费用余额未获批准，患者将收到一封拒绝信或一份批注有拒绝原由的申请表副本（如患者要求）。在发出拒绝信或提供部分折扣的信函时，将随信附上一封包含正式申诉程序的概述信函。
- 由三名未参与原申请审批程序的 D-HH 领导组成的委员会将对申诉进行审核，并就所有拒后申诉提供建议。

G. 推断性财务援助资格

D-HH 可通过第三方审核患者信息，以对患者的财务需求进行评估。该审核运用的是医疗保健行业认可的、基于公共记录数据库的预测模型。该模型纳入了患者的公共记录数据，以计算其社会经济和财务能力得分，包括对收入、资源和流动资金的估算。该模型的规则旨在根据同一标准对每名患者进行评估，并可根据 Dartmouth-Hitchcock 健康体系的历史财务援助批准做出调整。

如果患者未直接提供信息，D-HH 可以使用从预测模型中获得的信息，以授出推定性资格。推定性财务援助不适用于使用联邦医疗保险 (Medicare) 后的费用余额。

在有关欠款征收声明及通知之后 120 天之后，及在将账户转介予外部欠款征收机构之前，D-HH 对账户进行推定性监控（不计未清余额），以向未对选择填写财务援助申请表格通知做出回应的患者提供财务援助。超出时间限制的遗嘱认证账户有资格接受推定性筛选。

推定性慈善援助 (Presumptive Charity) 不能取代传统的 FAP 流程；而是作为此类工作的补充，适用于那些对传统 FAP 流程未作回应的患者。为了帮助这些患者清除障碍并提高患者的收益，医院在处理不良债务之前采用了电子筛选程序。有资格接受推定性慈善援助的患者将不会交给追账机构。

本计划中包含的内容基于使用公共记录信息的评分算法，通常不使用浮动费用表。推定性慈善援助将不使用部分性减费。具体的人口统计旨在包括：

- 无遗产或家属的死者
- 短期无家可归者
- 与家庭断交且无人支持者
- 对常规程序未作回应或无法完成常规程序的患者

推定的慈善评分结合了社会经济因素和非信用数据。筛选过程利用了包含以下信息的公共数据库：

- 消费者的交易
- 法院记录
- 资产所有权
- 房产所有权与租户的人口统计资料，该地区的经济状况就业状况
- 水电费记录
- 政府
- 文件（破产、SSN、死者）

推定慈善援助不依赖征信局的报告数据，也不对征信报告产生不利影响。获得的信息包含从 0（最需要）到 1000（最不需要）的推定慈善援助得分。该信息根据已知因素来预测担保人的需求，其中包括但不限于收入、资产和流动资产

退款：

如果患者已支付未清余额，在付款后提交填妥的财务援助申请表，并通过申请程序获得财务援助批准，则医院将向该患者退还就护理服务已支付的任何金额。

H. 慈善确定级别

- 核准级别如下：

职位	Dartmouth-Hitchcock	成员医院
副总裁/ CFO/总裁	350000 美元以上	100000 美元以上
收益管理总监	500000 美元以上	500000 美元以上
Conifer 董事	50000 美元以下	50000 美元以下
Conifer 经理	5000 美元以下	5000 美元以下
Conifer 主管	1000 美元以下	1000 美元以下
Conifer 客户代表	500 美元以下	500 美元以下

一、 财务援助例外情况 — 服务

a. 特殊考虑事项

- 未必包含全部以下医疗手段。
- 可能不包括服务供应商认为必要的非医疗服务。于进行财务援助计划项下未承保的任何新治疗之前，我们将竭尽全力通知患者。

b. 可选性的整容手术（未覆盖）

- 乳房囊切除术/植入物
- Mastpey (乳房提升手术)
- Gynecomastiz (切除男性乳房)
- 乳腺切除术 (美容类)
- 皱纹切除术 (面部除皱)
- 整睑术 (眼睑)
- 切眉除皱 (前额脂肪/皱纹)
- 丰胸手术 (乳房植入物)
- 乳房复位成形术 (保险未承保的缩胸术)
- 隆鼻手术 (鼻子)
- 皮肤病手术
- 腹壁整形术 (整腹术)
- 任何类型的脂肪切除术 (抽脂术) —— 亦可列为去除多余皮肤或脂肪 (非病情需要的)

附注： 上述手术通常由财务信息协调员筛查及确认。

c. 人工授精

- Microreanastomosis (输卵管复通术)
- Vasovasostomy (输精管吻合术)
- 治疗不孕不育的腹腔镜手术 (宫腔内人工授精 — 体外授精 — 配子输卵管移植手术)
- 治疗不孕不育

d. 其他

- 针灸
- 正骨治疗服务
- 助听器和维修服务
- 配眼镜
- 按摩治疗
- 处方及非处方药品
- 旅游诊所
- 脐带血研究
- 零售销售
- New England, LLC Renaissance Psychiatry 提供的服务

e. 财务援助（仅在医疗必要性得以批准后）

- 减肥手术

f. 仅限曼切斯特和纳舒厄分部

- **常规眼科检查**
 - 仅在被确定为病情需要和/或出现相关医疗状况时承保。
 - 倘若并不存在该等条件，计划人将通知患者财务援助不适用。
 - Keene and Lebanon 眼科进行核销

g. 例外情况

- 部分服务属于可选择且并非病情需要的范畴，因而 D-HH 财务援助政策可能不就与治疗过程相关的所有或部分服务承保。
- 患者资源获取团队概述并设立已知服务的相关政策及程序。
- 我们每年都会对该等政策及程序进行检讨，以进行必要的修订。

- 患者资源获取领导团队和收益管理部副总裁将对个案进行审核，以批准例外情况。

h. 财务援助不涵盖项 — 非 D-H 服务供应方

- 柴郡 – Radiology Associates of Keene
- 柴郡 – Surgicare Medical Equipment
- 柴郡 – Monadnock Family Services
- 曼切斯特 – Foundation Medical Partners
- 曼切斯特 – Amoskeag Anesthesia
- 曼切斯特 – Dietician Services
- 曼切斯特 – Alliance Health Services/Catholic Medical Center
- 贝德福德 – Alliance Health Services/Catholic Medical Center
- 纳舒厄 – Greater Nashua Mental Health Center (社会工作者)
- 纳舒厄 – Nashua Anesthesiologist Group
- 纳舒厄 – St. Joseph’ s Hospital (物理治疗/康复服务)
- 康科德 – Riverbend Community Mental Health
- 康科德 – Services provided Concord Hospital
- 黎巴嫩 – Orthocare Medical Equipment
- Alice Peck Day – Medstream Anesthesia
- Alice Peck Day – Upper Valley Neurology and Neurosurgery (UVNN)
- Alice Peck Day – Envision (ED & Hospitalist)*
- New London Hospital – Concord Orthopaedics (专科)
- New London Hospital – Concord Podiatry (专科)
- New London Hospital – Concord Urology (专科)
- New London Hospital – Counseling Associates (专科)
- New London Hospital – Dr.Richard Rosata – Oral and Maxillofacial Surgery (专科)
- New London Hospital – Valley Regional Healthcare (专科)
- New London Hospital – Peraza Dermatology Group (专科)
- New London Hospital – Optical Shop
- New London Hospital – Midwife Services (专科)

*合约终止

五、 参考 - 不适用

负责人：	公司财务部	联系人：	Kimberly Mender
核准人：	受托委员会；首席财务官；政策支持办公室 — 仅限组织政策； Naimie, Tina	版本 #	9
当前核准日期：	2019 年 11 月 12 日	原文件编号：	RMD 0031
政策生效日期：	2019 年 11 月 12 日由 MHMH/DHC 财务委员会 2016 年 6 月 23 日； MHMH/DHC 董事会 2016 年 6 月 24 日审核通过		
相关政策与程序：	无保患者优惠政策：收益管理部 信用和欠款征收政策 预算付款政策——收益管理部		
相关工作指南：			

打印件仅供参考。最终版本以在线版为准。

参考编号 #179，版本 #9

核准日期：2019 年 11 月 12 日