

Annexe F : JOHNS HOPKINS ALL CHILDREN'S HOSPITAL FINANCIAL ASSISTANCE PROVISIONS

I. OBJECTIF

L'objet de la présente ANNEXE est d'énoncer les dispositions supplémentaires applicables à l'hôpital Johns Hopkins All Children's Hospital.

A **Johns Hopkins All Children's Hospital financial Assistance Provisions**

1. Les services éligibles au sein de cette politique seront mis à la disposition du patient en fonction de ses besoins financiers tels que déterminés en référence aux niveaux de pauvreté fédéraux (FPL) en vigueur au moment de la détermination. Les patients dont le ménage ne possède pas d'actifs liquides supérieurs à 10000 \$ et qui se trouve à :
 - a. Les personnes dont le revenu est inférieur ou égal à 200 % du FPL peuvent bénéficier d'une réduction de 100 % du coût brut des soins.
 - b. 201 % et 300 % du FPL peuvent bénéficier d'une réduction de 85 % des frais bruts.
 - c. 301 % et 400 % du FPL peuvent bénéficier d'une réduction de 70 % des frais bruts.

B **Montants généralement facturés à l'hôpital Johns Hopkins All Children's Hospital**

1. Une fois que le Provider Healthcare System a déterminé qu'un patient est éligible à une aide financière, ce patient ne doit pas être facturé plus que les montants généralement facturés (AGB) pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires fournis aux personnes bénéficiant d'une assurance couvrant ces soins, comme l'exige la loi fédérale.
2. L'AGB est déterminé en utilisant la méthode « look-back » au niveau du Provider Healthcare System.
3. Le calcul de l'AGB est le suivant :
 - a. L'AGB est calculée en examinant toutes les demandes de remboursement passées payées intégralement au Provider Healthcare System pour des soins d'urgence et médicalement nécessaires par Medicare fee-for-service et tous les assureurs de santé privés, y compris la coassurance, les quotes-parts et les franchises, au cours d'une période de douze mois donnée.
 - b. L'AGB pour les soins d'urgence et les soins médicalement nécessaires fournis à une personne éligible à l'aide financière est déterminée en multipliant les frais bruts pour ces soins par un ou plusieurs pourcentages AGB.
 - c. Les pourcentages AGB sont calculés annuellement pour chaque entité du Provider Healthcare System en divisant la somme de certaines demandes de remboursement payées par Medicare à l'acte et par les assureurs privés par les frais bruts associés à ces demandes.
4. Les pourcentages AGB sont appliqués au plus tard le 120^e jour suivant la fin de la période de 12 mois de l'année civile que l'établissement hospitalier a utilisée pour calculer les pourcentages AGB.
5. Le Provider Healthcare System ne facture pas et n'attend pas le paiement des frais bruts de la part des personnes qui bénéficient d'une aide financière au titre de cette politique.