

MAIMONIDES MEDICAL CENTER

OBJET : POLITIQUE D'AIDE FINANCIERE CONCERNANT LES SERVICES DE SANTE MENTALE RESERVES A DES PATIENTS SANS HEBERGEMENT DE NUIT

I. POLITIQUE

- A. MaimonidesMedical Center (« Maimonides » ou l'« hôpital ») s'efforce de fournir des services de soins médicaux de grande qualité à chaque patient qui arrive dans un de nos établissements, indépendamment de sa capacité à payer. La présente politique d'aide financière concernant les services de santé mentale réservés à des patients sans hébergement de nuit (« PAF » ou « politique ») met en œuvre le programme d'aide financière de Maimonides dédié aux services de santé mentale des patients sans hébergement de nuit, par le biais duquel les patients qui ne disposent d'aucune couverture d'assurance, qui ont épuisé leurs prestations d'assurance maladie, et sont réputés éligibles à une aide financière conformément à la présente politique peuvent accéder, gratuitement ou à des prix réduits, à des soins de santé mentale réservés à des patients sans hébergement de nuit nécessaires sur le plan médical.
- B. La présente politique s'applique aux services de santé mentale réservés à des patients sans hébergement de nuit fournis aux patients éligibles. Les tarifs relatifs aux services de santé mentale en cas d'urgence, aux services psychiatriques pour les patients hospitalisés, aux services auxiliaires s'y rapportant et aux autres services médicaux sont fixés par la politique FIN-28 (Révisée), « politique d'aide financière ».
- C. Pour les services de santé mentale réservés à des patients sans hébergement de nuit nécessaires sur le plan médical, les patients éligibles dans le cadre de la présente politique incluent les patients à faibles revenus résidant dans les cinq arrondissements de la ville de New York (Comtés de Kings, New York, Queens, Richmond et Bronx) qui ne sont pas assurés ou qui ont épuisé leurs prestations d'assurance maladie. Les critères financiers concernant l'éligibilité à des soins gratuits ou à prix réduit en vertu de la présente politique sont décrits plus en avant et dans le barème des tarifs dégressifs ci-joint. **Les patients ayant des revenus inférieurs de 300 % par rapport au seuil fédéral de pauvreté sont présumés éligibles à l'aide en vertu de la PAF, à partir des informations décrites dans la partie III.D, plus avant.** L'aide financière peut être mise à disposition, telle qu'elle est déterminée au cas par cas, pour les patients qui ont une assurance qui ne couvre pas la totalité du coût de leurs services (c.-à-d. qu'ils sont « sous-assurés ») ou qui ne remplissent pas les critères d'éligibilité financière mais qui font face à des coûts médicaux extrêmement élevés.

D. Maimonides diffuse largement sa PAF conformément à la présente politique.

Maimonides met à disposition la présente PAF, le formulaire de demande de la PAF et un résumé de la PAF (« résumé simplifié ») sur une page dédiée à l'aide financière sur le site Internet de Maimonides(<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>). Des exemplaires papier de ces documents sont disponibles à la demande et sans frais, par courrier et dans des emplacements publics dans l'hôpital, y compris les zones d'accueil et les endroits où des services sont fournis aux patients.

Maimonides notifie et informe les patients de l'hôpital concernant la PAF en: proposant un exemplaire papier du résumé simplifié dans le cadre des admissions et des enregistrements des patients ; incluant une notification écrite sur les relevés de facturation qui informe les destinataires de la disponibilité de l'aide financière en vertu de la PAF et inclut le numéro de téléphone du/de la trésorier(ère)/du/de la secrétaire médical(e) du service psychiatrique et l'adresse directe du site Internet où il est possible d'obtenir des exemplaires de la PAF, le formulaire de demande de la PAF et le résumé simplifié ; et des affichages publics bien visibles qui informent les patients sur la PAF dans des emplacements publics dans l'hôpital, y compris dans les zones d'accueil et les endroits où des services sont fournis aux patients. Les patients seront informés de la PAF de Maimonides par une signalétique multilingue.

En outre, la PAF, le formulaire de demande de la PAF et le résumé simplifié seront traduits dans les langues maternelles parlées par les populations ayant une maîtrise limitée de l'anglais (« MLA ») desservies par l'hôpital chaque année, y compris la langue parlée par chaque groupe linguistique MLA qui constitue le plus petit nombre de 1 000 personnes ou 5 pour cent de la communauté desservie par l'hôpital ou la population susceptible d'être affectée ou rencontrée par l'hôpital. Maimonides notifiera et informera également les membres de la communauté desservis par l'hôpital qu'il propose une aide financière dans le cadre d'une PAF, et où obtenir davantage d'informations et de documents relatifs au PAF, de telle sorte que les membres de la communauté puissent les comprendre (y compris des traductions dans les langues concernées).

Les patients ayant des demandes d'informations spécifiques concernant l'aide financière recevront le résumé simplifié, seront informés des informations s'y rapportant sur le site Internet de Maimonides Medical Center, et seront orientés vers un(e) *trésorier(ère)/secrétaire médical(e)*. Lorsqu'une personne indique qu'elle préfère accéder à des documents ou informations sur la PAF de manière électronique, Maimonides peut fournir ces documents ou informations par ce biais (y compris sur un écran électronique, par courrier ou en fournissant l'adresse directe ou l'URL du site Internet, de la page Internet où le document ou les informations sont postés).

E. Afin d'être éligible, les patients [et pour ceux qui sont mineurs, leur(s) parent(s) et / ou représentant(s) légal(aux)] doivent fournir les informations et la documentation nécessaires pour déterminer l'éligibilité à un régime d'assurance parrainé publiquement et / ou la demande d'aide financière et, le cas échéant,

coopèrent pleinement avec le personnel qui les aide au cours de la procédure concernée.

- F. Dans la mesure où les patients sont éligibles à un régime d'assurance parrainé publiquement [ex : Medicaid, Child Health Plus (« CHP »), Prenatal Care Assistance Program], ils doivent utiliser ce programme pour couvrir leur traitement plutôt que le programme d'aide financière de Maimonides. Dans la mesure où les patients sont éligibles à une assurance par le biais de Marketplace établie dans le cadre de la loi sur les soins abordables, ils doivent utiliser l'assurance obtenue par le biais de Marketplace pour couvrir leur traitement plutôt que le programme d'aide financière de Maimonides.
- G. Les patients ayant une assurance HMO/commerciale qui n'est pas acceptée au Maimonides Medical Center ne sont pas éligibles à l'aide financière, à moins que le patient n'ait épuisé ses prestations d'assurance.
- H. L'aide financière peut être mise à disposition, telle qu'elle est déterminée au cas par cas, pour les co-paiements et franchises pour les patients qui ne remplissent pas les critères d'éligibilité financière mais qui font face à des coûts médicaux extrêmement élevés.
- I. Les éléments suivants ne sont pas couverts dans le cadre de la présente politique:
- les éléments qui ne sont pas nécessaires sur le plan médical ;
 - les éléments sans bienfaits cliniques ou thérapeutiques ; et
 - les services non facturés par Maimonides (c.-à-d. des services d'anesthésie et des services professionnels rendus par des médecins), autres que des services fournis par des entités se rapportant grandement à l'hôpital, tel que ce terme est défini en vertu des règlements fédéraux.

La pièce jointe B de la présente politique liste les prestataires qui fournissent des soins d'urgences et d'autres soins nécessaires sur le plan médical dans l'hôpital qui sont couverts par la présente PAF, et ceux qui ne sont pas couverts en vertu de la PAF.

II. RESPONSABILITÉ

- A. *Le/la trésorier(ère)/les secrétaires médicaux(ales) (Psychiatrie) sont chargé(e)s d'obtenir des formulaires de demande de la PAF et un justificatif de revenus auprès des patients.*
- B. *Le directeur des opérations financières (Psychiatrie) examinera la demande et fixera les tarifs appropriés.*
- C. *Il appartiendra au vice-président principal des finances et directeur chargé des remboursements d'examiner tous les appels écrits des décisions du directeur des opérations financières (Psychiatrie).*

III. PROCÉDURES

1. *Procédures générales de demande*

- A. Afin d'obtenir de l'aide concernant la procédure de demande de la PAF, de faire une demande d'aide financière dans le cadre de, ou d'obtenir des informations complémentaires sur la PAF, une personne peut contacter le trésorier/le secrétariat médical du service psychiatrie au (718) 283-8177, situé au 920 48th Street, Brooklyn, NY 11219.
- B. Lorsqu'une personne demande une aide financière, elle sera orientée vers un(e)trésorier(ère)/secrétaire médical(e) afin d'examiner cette dernière. Le(la) trésorier(ère)/le(la) secrétaire médical(e) :
1. discutera de plusieurs alternatives à la disposition du patient [ex : régimes d'assurance parrainés publiquement, modalités de paiement par acompte, taux réduits, barèmes dégressifs, soins gratuits] à partir des informations reçues.
 2. Dans des circonstances appropriées :
 - (a) complétera une demande et l'enverra au département local des services sociaux ou à Marketplace au nom du patient ; ou
 - (b) orientera le patient vers le bureau Medicaid local approprié ou le programme Navigator pour compléter une demande CHP.
 3. Évaluera si le patient peut être éligible à des réductions ou à un financement supplémentairesqui peuvent être mis à disposition par le biais de subventions spéciales ou de programmes spéciaux au MaimonidesMedical Center différents de la présente politique.
 4. Si cela est approprié, fournira une demande de la PAF à compléter par le demandeur.Sur demande, le/latrésorier(ère)/secrétaire médical(e) fournira de l'aide aux patients concernant la compréhension des politiques relatives à l'aide financière et complétera la demande de leur part au cours d'un entretien en personne dès qu'il/elle sera sollicité(e).
- C. Les formulaires de demande seront traduits, conformément à la Ière partie, plus haut.En outre, des services de traduction seront mis à la disposition de tous les patients nécessitant ces services pour accéder à l'aide financière au sein de Maimonides.Le personnel accèdera aux services de traduction conformément aux services de traduction et d'interprétation AD-120.
- D. Les formulaires de demande de la PAF incluront une notification aux patients indiquant que dès la remise d'une demande dûment complétée, y compris toute information ou documentation nécessaire pour déterminer l'éligibilité du patient en vertu de cette politique, le patient pourra ne pas tenir compte de toutes les factures tant que Maimonides n'aura pas rendu une décision sur cette demande.

- E. Les patients ont le droit de faire une demande d'aide financière pendant au moins 240 jours à compter de la date à laquelle la première facture est fournie après la sortie de l'hôpital.(Se reporter au FIN-55, politique de facturation et de recouvrements pour en savoir plus sur les périodes de demande).Les demandes pour renoncer à ces exigences peuvent être adressées au directeur des opérations financières (Psychiatrie) afin d'être examinées.
- F. Les patients seront inéligibles à l'aide financière s'ils [ou pour les patients qui sont mineurs, leur(s) parent(s) et/ou représentant(s) légal(aux)] fournissent des informations erronées au cours de la procédure de demande.

2. Critères d'éligibilité à l'aide financière

- A. Les frais maximums qui peuvent être facturés à un patient qui reçoit des soins de santé mentale réservés à des patients sans hébergement de nuit nécessaires sur le plan médical à l'hôpital, et qui est éligible à l'aide financière dans le cadre de la présente PAF, sont connus sous le nom de montant généralement facturé (« MGF »).Pour les services de santé mentale réservés aux patients sans hébergement de nuit,Maimonides fixe le MGF au montant total que Medicaid autoriserait.Conformément au barème des tarifs réduits décrit dans la pièce jointe A, les réductions proposées aux patients éligibles à la PAF en vertu de cette dernière sont inférieures ou équivalentes au MGF.Suite à la détermination de l'éligibilité à la PAF, une personne éligible à cette dernière ne peut pas être facturée plus que le MGF pour des soins nécessaires sur le plan médical ou des soins d'urgence.
- B. Tel que décrit de manière plus détaillée plus avant, l'éligibilité sera basée sur les informations suivantes :
- le lieu de résidence ;
 - les revenus annuels avant imposition ;
 - le nombre de personnes composant le foyer.

Les informations fournies dans la demande du patient concernant un régime d'assurance parrainé publiquement seront utilisées pour obtenir ces données.Si aucune demande de la sorte n'a été réalisée ou n'est disponible, les informations nécessaires pour déterminer l'éligibilité à l'aide financière doivent être fournies par le patient.Si des informations requises font défaut, les patients seront informés par téléphone ou par courrier de ces informations manquantes.

- C. Un(e)trésorier(ère) /secrétairemédical(e)acceptera la demande dûment complétée et la documentation d'appui de la part du patient et l'enverra au *directeur des opérations financières (Psychiatrie)* qui fixera le tarif approprié à partir des critères établis (décrits ci-dessous et exposés dans le barème actuel des tarifs dégressifs dans la pièce jointe à la présente politique) et réalisera ce calcul en complétant la fiche de travail de détermination des tarifs.

D. Les critères pour déterminer le montant incluront une analyse du « nombre de personnes composant le foyer » et des « revenus » du patient à l'aide du barème actuel des tarifs dégressifs.

- Nombre de personnes composant le foyer. Si le patient est majeur, le nombre de personnes composant le foyer du patient est calculé en ajoutant le patient, le conjoint du patient (s'il y en a un et si il/elle réside avec le patient) et toute personne à charge du patient ou toute personne à charge du conjoint du patient. Si le patient est mineur, le nombre de personnes composant le foyer du patient est calculé en ajoutant le patient, le(s) parent(s) du patient et/ou le(s) représentant(s) légal(aux) avec lequel/lesquels le patient réside, et toute personne à charge du(des) parent(s) et/ou toute personne à charge du(des) représentant(s) légal(aux) du patient avec lequel/lesquels le patient réside (autre que le patient). Une femme enceinte est comptabilisée comme deux membres de la famille.
- Revenus annuels avant imposition. Si le patient est majeur, les revenus annuels avant imposition de la famille correspondent à la somme des revenus du patient et de ceux du conjoint du patient (s'il y en a un et si il/elle réside avec le patient). Si le patient est mineur, les revenus annuels avant imposition de la famille correspondent au revenu du(des) parent(s) du patient et/ou du(des) représentant(s) légal(aux) du patient avec lequel/lesquels le patient réside. Les revenus sont basés en calculant les salaires des quatre dernières semaines avant la date de consultation.
- Les revenus annuels avant imposition correspondront au total des sources de revenus suivantes, telles qu'elles sont attestées par la documentation requise concernant la demande de la PAF :
 1. Salaire /rémunérations avant retenues. Si le patient n'a pas déposé une demande pour un régime d'assurance parrainé publiquement ou que cette demande n'est pas disponible, le patient doit fournir des souches de fiches de paie des quatre semaines précédentes, qui seront utilisées pour extrapoler le salaire/les rémunérations du patient pour l'année calendaire en cours.
 2. Aide publique.
 3. Prestations de la sécurité sociale.
 4. Indemnités chômage et pour accident du travail ou maladie professionnelle.
 5. Avantages accordés aux vétérans.
 6. Pensionnaire en cas de séparation ou de divorce/pour enfants.
 7. Autre aide financière.
 8. Versements d'une retraite.
 9. Versements d'une assurance ou d'annuités.
 10. Dividendes / intérêt.
 11. Revenu locatif.
 12. Revenus commerciaux nets (S'il s'agit d'un travailleur indépendant, ils doivent être vérifiés par une source indépendante).

13. Autre (Indemnités de grève, allocations de formation, allocations pour les familles de militaires, revenus issus de biens immobiliers et de fonds).

La source de revenus devrait être calculée en ajoutant les montants perçus réellement, par opposition aux montants auxquels cette personne peut avoir droit mais qui ne lui sont pas versés (ex : lorsque l'ex-conjoint d'un patient n'est pas en mesure de payer la pension alimentaire pour enfants, les versements d'une assurance ou d'une retraite sont contestés).

La documentation dûment complétée, y compris une demande dûment complétée et tous les documents d'appui, seront remis par le/trésorier(ère)/secrétaire médical(e) au directeur des opérations financières (Psychiatrie).

Dans un délai de 30 jours à compter de la réception de la demande d'aide financière dûment complétée et de tous les documents nécessaires, le *directeur des opérations financières (Psychiatrie)* notifiera le patient par écrit si la demande d'aide financière a été acceptée ou rejetée.

3. Procédure d'examen des demandes et des appels

- A. Si la demande d'aide financière a été acceptée, le patient sera informé du pourcentage de réduction auquel il est éligible et il recevra une explication détaillée concernant les montants dus. Si la demande d'aide financière a été rejetée, la notification écrite décrira comment faire appel du rejet et inclura des informations pour prendre contact avec le service de la santé. Les notifications de rejet de la PAF doivent également détailler la justification de ce rejet. Dans les cas où un entretien en personne est réalisé, les patients sont informés immédiatement de l'acceptation de la demande et du montant de réduction que le patient recevra ou du rejet de la demande. Dans ces cas de figure, la notification écrite est également envoyée par courrier au domicile du patient. Toute la documentation incluant la demande et les documents d'appui s'y rapportant sera conservée dans un dossier par le *directeur des opérations financières (Psychiatrie)* ou la personne qu'il a désignée.
- B. Il est possible de faire appel par écrit ou en personne des décisions du *directeur des opérations financières (Psychiatrie)* par écrit ou en personne, sur rendez-vous, auprès du *directeur chargé des remboursements*. Les appels par écrit devraient être envoyés par courrier au :

Director of Reimbursement
Maimonides Medical Center
4802 Tenth Avenue
Brooklyn, N.Y. 11219

- C. Le *directeur chargé des remboursements* examinera les appels et soit recommandera la reconsidération de la demande par le *directeur des opérations financières (Psychiatrie)* soit la désapprouvera. S'il est recommandé que la demande soit reconsidérée, le *directeur chargé des remboursements* consultera le

directeur des opérations financières (Psychiatrie) et la décision en résultant sera irrévocable. Le *directeur chargé des remboursements* s'efforcera de rendre des décisions relatives à l'appel dans un délai de 10 jours ouvrables à compter de la réception d'un appel déposé par un patient [c'-à-d. après réception d'une lettre ou d'un appel en personne]. Le *directeur chargé des remboursements* informera le *trésorier(ère)/secrétaire médical(e)* et le patient, par écrit, quant au tarif approprié, et si la demande est désapprouvée, le *directeur chargé des remboursements* informera le *directeur des opérations financières (Psychiatrie)* et le patient de cette désapprobation.

- D. Le tarif applicable sera valable jusqu'au 15 avril de chaque année, date à laquelle un patient doit faire une demande.
- E. Les *trésorier(ère)s/secrétaires médicaux(ales)* ne traiteront pas les reçus de visite à moins de la totalité des frais jusqu'à ce qu'un tarif réduit soit fixé conformément à la présente politique.
- F. Sur demande, les patients recevant une aide financière auront l'opportunité d'obtenir une modalité de paiement par acompte sans intérêts. Le versement mensuel ne sera pas supérieur à 10 % du revenu mensuel brut du patient. Aucun intérêt ne sera exigé sur le solde impayé même dans le cas d'une omission d'un versement. En cas d'une omission de versement, les versements ne seront pas accélérés.

IV. POLITIQUE DISTINCTE RELATIVE À LA FACTURATION ET AUX RECOUVREMENTS

Les actions que Maimonides peut prendre en cas d'impayé sont décrites dans une politique distincte relative à la facturation et aux recouvrements (FIN-55). Cette politique est disponible sur la page dédiée à l'aide financière sur le site Internet de Maimonides (<http://www.maimonidesmed.org/main/FinancialInformation.aspx>). Des exemplaires papier de cette politique sont disponibles à la demande et sans frais, par courrier et dans des emplacements publics dans l'hôpital, y compris la salle des urgences, les zones d'accueil et les endroits où des services sont fournis aux patients.

V. ACCÈS AUX SOINS MÉDICAUX D'URGENCE

Aucune discrimination ne sera faite concernant la fourniture d'un examen médical de dépistage et d'un traitement de stabilisation nécessaire à l'encontre des personnes éligibles à l'aide financière dans le cadre de la présente politique. Se reporter à FIN-34 EMTALA - Politique relative à la stabilisation et à l'examen médical de dépistage. Maimonides dispense, sans discrimination, des soins pour des situations d'urgence médicale à des personnes, indépendamment du fait qu'elles soient éligibles à une aide financière dans le cadre de la présente PAF. Se reporter à FIN-34 EMTALA - Politique relative à la stabilisation et à l'examen médical de dépistage.

VI. ÉVALUATION DE LA CONFORMITÉ AVEC LE DROIT

Le service dédié à l'audit interne évaluera la conformité avec le droit relatif à l'aide financière et la présente politique au moins tous les ans. Les résultats de cet audit seront partagés avec le vice-président principal des comptes des patients, le vice-président principal, la finance (les services des finances), le vice-président exécutif en charge des affaires juridiques et le directeur de la conformité.

VII. CONTRÔLES

- A. Tout le personnel qui interagit avec les patients ou en charge de la facturation et des recouvrements recevra un exemplaire de cette politique et sera formé sur la procédure adaptée destinée au programme d'aide financière. Le personnel sera également informé périodiquement des réductions ou des financements supplémentaires qui peuvent être mis à disposition par le biais de subventions ou de programmes spéciaux distincts du programme général d'aide financière. Toute demande de renseignements supplémentaires de la part du personnel concernant la présente politique devrait être adressée au *directeur des opérations financières (Psychiatrie)* en composant le (718) 283-8177.
- B. Le *directeur des opérations financières (Psychiatrie)* examinera périodiquement les principaux dossiers et comptes des patients pour qu'ils soient conformes au protocole d'aide financière fixé dans la présente politique.
- C. Le *vice-président principal des finances et directeur chargé des remboursements* demandera aux responsables de service appropriés de réviser le protocole relatif à l'aide financière exposé dans la présente politique au fur et à mesure que des changements seront acceptés ou mandatés par des agences réglementaires.

Kenneth D. Gibbs
Président et PDG

RÉFÉRENCE

Politique d'aide financière FIN-28 (Révisée)
PHL 2807-k(9 et 9-a)
Lettre cher administrateur datée du 15 février 2007
Loi sur la protection des patients et les soins abordables
§9007(a)
(23 mars 2010) (Ajout du 501(r) au IRC);
FIN-34 EMTALA - Politique relative à la stabilisation et à
l'examen médical de dépistage ;
Lettre cher administrateur datée du 15 novembre 2013
26 C.F.R. 1.501(r)-1, 1.501(r)-4 - 1.501(r)-6

INDEX

: Aide financière

CODE : FIN-029 (Révisée)

DATE : 4 mai 2017

SERVICE D'ORIGINE : psychiatrie

PIÈCE JOINTE : Tableau des tarifs dégressifs

Programmes d'aide financière en psychiatrie

Tableau 2018 des tarifs dégressifs

Tarif par visite pour les patients sans hébergement de nuit	Medicaid	0 \$	10 \$	15 \$	20 \$	35 \$	40 \$	45 \$	50 \$	75 \$	105 \$	110 \$	Plein
Ordonnance et tarif du laboratoire par ordonnance ou test**	Éligible*	20 \$	20 \$	20 \$	20 \$	25 \$	30 \$	Plein	Plein	Plein	Plein	Plein	Plein
Pourcentage auquel le patient se situe sous le seuil fédéral		100 %	125 %	150 %	175 %	200 %	214 %	228 %	243 %	257 %	272 %	286 %	300 %
Nombre de personnes composant le foyer	0	12 141	15 176	18 211	21 246	24 281	29 389	34 497	39 605	44 677	49 785	54 893	60 001
1	jusqu'à 12 140	jusqu'à 15 175	jusqu'à 18 210	jusqu'à 21 245	jusqu'à 24 280	jusqu'à 29 388	jusqu'à 34 496	jusqu'à 39 604	jusqu'à 44 676	jusqu'à 49 784	jusqu'à 54 892	jusqu'à 60 000	au-dessus
	0	16 461	20 576	24 691	28 806	32 921	37 651	42 382	47 112	51 810	56 540	61 271	66 001
2	jusqu'à 16 460	jusqu'à 20 575	jusqu'à 24 690	jusqu'à 28 805	jusqu'à 32 920	jusqu'à 37 650	jusqu'à 42 381	jusqu'à 47 111	jusqu'à 51 809	jusqu'à 56 539	jusqu'à 61 270	jusqu'à 66 000	au-dessus
	0	20 781	25 976	31 171	36 366	41 561	45 771	49 981	54 191	58 371	62 581	66 791	71 001
3	jusqu'à 20 780	jusqu'à 25 975	jusqu'à 31 170	jusqu'à 36 365	jusqu'à 41 560	jusqu'à 45 770	jusqu'à 49 980	jusqu'à 54 190	jusqu'à 58 370	jusqu'à 62 580	jusqu'à 66 790	jusqu'à 71 000	au-dessus
	0	25 101	31 376	37 651	43 926	50 201	53 890	57 580	61 269	64 933	68 622	72 312	76 001
4	jusqu'à 25 100	jusqu'à 31 375	jusqu'à 37 650	jusqu'à 43 925	jusqu'à 50 200	jusqu'à 53 889	jusqu'à 57 579	jusqu'à 61 268	jusqu'à 64 932	jusqu'à 68 621	jusqu'à 72 311	jusqu'à 76 000	au-dessus
	0	29 421	36 776	44 131	51 486	58 841	62 010	65 179	68 348	71 494	74 663	77 832	81 001
5	jusqu'à 29 420	jusqu'à 36 775	jusqu'à 44 130	jusqu'à 51 485	jusqu'à 58 840	jusqu'à 62 009	jusqu'à 65 178	jusqu'à 68 347	jusqu'à 71 493	jusqu'à 74 662	jusqu'à 77 831	jusqu'à 81 000	au-dessus
	0	33 741	42 176	50 611	59 046	67 481	70 129	72 778	75 426	78 056	80 704	83 353	86 001
6	jusqu'à 33 740	jusqu'à 42 175	jusqu'à 50 610	jusqu'à 59 045	jusqu'à 67 480	jusqu'à 70 128	jusqu'à 72 777	jusqu'à 75 425	jusqu'à 78 055	jusqu'à 80 703	jusqu'à 83 352	jusqu'à 86 000	au-dessus
	0	38 061	47 576	57 091	66 606	76 121	78 392	80 663	82 934	85 188	87 459	89 730	92 001
7	jusqu'à 38 060	jusqu'à 47 575	jusqu'à 57 090	jusqu'à 66 605	jusqu'à 76 120	jusqu'à 78 391	jusqu'à 80 662	jusqu'à 82 933	jusqu'à 85 187	jusqu'à 87 458	jusqu'à 89 729	jusqu'à 92 000	au-dessus
	0	42 381	52 976	63 571	74 166	84 761	86 511	88 262	90 012	91 750	93 500	95 251	97 001
8 ***	jusqu'à 42 380	jusqu'à 52 975	jusqu'à 63 570	jusqu'à 74 165	jusqu'à 84 760	jusqu'à 86 510	jusqu'à 88 261	jusqu'à 90 011	jusqu'à 91 749	jusqu'à 93 499	jusqu'à 95 250	jusqu'à 97 000	au-dessus

*Les patients dans cette catégorie sont éligibles à Medicaid ; s'ils ne sont pas affiliés à Medicaid, ils devraient demander de l'aide pour faire une demande.

**Le directeur chargé des remboursements peut accorder une attention supplémentaire dans des circonstances impliquant

CODE : FIN-29

DATE : 2018

plusieurs ordonnances ou tests de laboratoires.

**Les patients éligibles à la partie D de Medicare ne sont pas éligibles à une réduction d'ordonnance.

***Pour chaque membre de la famille supplémentaire, ajoutez 4 320 \$ au chiffre de base.

Tous les patients doivent payer les montants indiqués.

Dans certains cas où les patients indiquent qu'ils rencontrent des difficultés particulières pour payer, leur demande dûment complétée et leur documentation devraient être adressées au directeur chargé des remboursements ou à la personne qu'il a désignée.