



Titre : Politique d'assistance financière de Banner Health pour les patients hospitalisés	
Numéro : 770, Version : 5	Date de création : 10/06/2019
Date d'entrée en vigueur : 06/07/2023	Dernière révision : 06/07/2023
Prochaine date de révision : 06/07/2026	Auteurs : Alex Paraison, Jonathan McGee, Adrienne Moore
Approuvé par : Comité de politique administrative, Conseil d'Administration de Banner Health, Administrateurs de PolicyTech	
Unité opérationnelle distincte / Établissement : Hôpitaux Banner Baywood Medical Center Banner Behavioral Health Hospital Banner Boswell Medical Center Banner Casa Grande Medical Center Banner Children's at Desert Banner Churchill Community Hospital Banner Del E Webb Medical Center Banner Desert Medical Center Banner Estrella Medical Center Banner Fort Collins Medical Center Banner Gateway Medical Center Banner Goldfield Medical Center Banner Heart Hospital Banner Ironwood Medical Center Banner Lassen Medical Center Banner McKee Medical Center Banner North Colorado Medical Center Banner Ocotillo Medical Center Banner Payson Medical Center Banner Thunderbird Medical Center Banner--University Medical Center Phoenix Banner--University Medical Center South Banner--University Medical Center Tucson East Morgan County Hospital Ogallala Community Hospital Page Hospital Platte County Memorial Hospital Sterling Regional Medical Center Torrington Community Hospital Washakie Medical Center Wyoming Medical Center	Entreprise Banner Banner Medical Group Banner-University Medical Group

I. Objet/Population :

- A. Objectif : la présente politique et le programme d'assistance financière (« FA Program ») décrit ici ont pour but d'établir une méthodologie non discriminatoire et cohérente pour la fourniture de soins d'urgence gratuits ou à prix réduit et d'autres soins médicalement nécessaires (non électifs) dans les hôpitaux de Banner Health (« BH »). Cette politique fixe également les modalités de facturation et de recouvrement applicables à l'ensemble des services hospitaliers facturés aux patients.
- B. Public cible : tous les employés.

II. Définitions :

- A. Montants généralement facturés (AGB) – Le montant qu'un hôpital facture habituellement aux patients assurés pour un service couvert, déterminé à l'aide de la « méthode de rétrospection » telle que décrite dans la partie 26 du Code of Federal Regulations (CFR) 1.501(r)-5(b)(3). Les pourcentages d'AGB applicables à chaque hôpital peuvent être consultés en ligne à l'adresse suivante : https://www.bannerhealth.com/-/media/files/project/bh/patients_visitors/billing/financial-assistance/agb-summar.yashx
- B. Solde après assurance (BAI)– tout montant restant à la charge du patient après que les paiements d'assurance ont été finalisés (parexemple, franchises, quotes-parts et coassurance). Le BAI n'inclut pas la part des frais du patient relevant de Medicaid pour les services couverts (comme déterminée par l'État, correspondant au montant que le patient doit payer pour être éligible à Medicaid). Banner Health (« BH ») n'est pas autorisé à offrir une aide financière pour couvrir ce montant ni à y renoncer.
- C. Soins de bienfaisance – Services couverts fournis à un patient pour lesquels aucun paiement n'est attendu de la part du patient.
- D. Services couverts – Services médicalement nécessaires fournis par un hôpital.
- E. Soins à prix réduit – Services couverts fournis à un patient, pour lesquels celui-ci est tenu de payer un montant réduit.
- F. État d'urgence – état médical d'un patient résultant de l'apparition soudaine d'un problème de santé accompagné de symptômes aigus qui, en l'absence de soins médicaux immédiats, sont raisonnablement susceptibles de mettre gravement en péril la santé du patient, d'entraîner une altération grave des fonctions corporelles du patient ou un dysfonctionnement grave d'un organe ou d'une partie de l'organisme.
- G. Niveau de pauvreté fédéral (FPL) – Niveau de revenu annuel fixé par le gouvernement fédéral en fonction de la taille du ménage.
- H. Programme d'assistance financière (programme FA) – Programme de Banner Health (« BH ») régissant la fourniture de soins de bienfaisance et de soins à prix réduit.
- I. Hôpital – Tout hôpital détenu ou loué par BH, à l'exception de ceux situés en Californie.

- J. Prestataires hospitaliers – Médecins et autres membres du personnel médical qui fournissent des services d'urgence ou d'autres services de santé médicalement nécessaires au sein d'un hôpital, comme spécifié dans l'Annexe A par groupe ou département.
- K. Medicaid – Tous les programmes d'assurance publique des États, y compris (sans s'y limiter) Medicaid, AHCCCS, CICP et FES.
- L. Ménage médicalement indigent – Ménage dont les frais médicaux encourus au cours des 12 derniers mois excèdent 50 % du revenu total du ménage pour l'année concernée. Pour déterminer si un ménage est médicalement indigent, toutes les dépenses médicales sont prises en compte, y compris celles non liées à la santé.
- M. Médicalement nécessaires – Services fournis par un hôpital qui répondent aux critères suivants :
1. Ils sont indispensables au traitement d'une maladie, d'une blessure, d'une affection, ou de leurs symptômes ;
 2. Ils sont conformes au diagnostic et au traitement de l'état du patient ;
 3. Ils sont prodigués en accord avec les normes reconnues de la pratique médicale ;
 4. Ils ne sont pas dispensés pour la convenance du patient ou de son médecin ; et
 5. Ils représentent le niveau de soins le plus adapté à l'état de santé du patient, sans égard à sa situation financière ou familiale. Les services fournis par un hôpital en cas d'urgence sont réputés médicalement nécessaires.
- Les services fournis par un hôpital en cas d'urgence sont réputés médicalement nécessaires.
- N. Gestion du solde patient (PBM) – L'unité opérationnelle de Banner Health (« BH ») chargée de la facturation et de la collecte des comptes réglés par les patients pour les services hospitaliers, y compris les co-paiements et les franchises.
- O. Taux d'autofinancement – 125 % de l'AGB applicable pour un service couvert.
- P. Assurance d'un tiers – Entité (société, plan ou fiducie de santé d'entreprise, société de marché de soins de santé, assurance automobile, indemnisation des accidents du travail, etc.) autre que le patient (ou son garant) qui s'engage à régler tout ou partie des factures médicales du patient.
- Q. Patient sous-assuré – Patient bénéficiant d'une couverture d'assurance tierce, mais soumis à des contraintes financières ou à une coresponsabilité, y compris des franchises, des co-paiements et des coassurances, dont les dépenses personnelles excèdent ses capacités financières.
- R. Patient non assuré – Patient qui n'est pas couvert par une assurance tierce et qui n'est pas inscrit à un programme d'assurance gouvernemental. Les patients non assurés se voient initialement facturer le tarif d'auto-paiement pour les services couverts.

III. Politique :

- a. Non-discrimination. BH s'engage à fournir des soins de santé de qualité à tous les patients, sans distinction de race, de couleur, de religion, de sexe, d'origine nationale,

de handicap, d'âge, d'orientation sexuelle, d'identité de genre, de statut d'ancien combattant et/ou de capacité à payer.

b. Champ d'application.

- i. Services hospitaliers médicalement nécessaires. Cette politique s'applique uniquement aux services couverts dans les hôpitaux BH, sous réserve des exclusions énoncées ci-après.
- ii. Prestataires hospitaliers. Tous les prestataires hospitaliers ne sont pas soumis à la présente politique. L'Annexe A précise quels sont les prestataires hospitaliers, par service ou groupe, couverts par la présente politique et ceux qui en sont exclus.
- iii. Hôpital de Californie. Le Banner Lassen Medical Center, situé à Susanville, en Californie, est exclu de la présente politique. Cet établissement est régi par la politique d'assistance financière aux patients hospitalisés du Banner Lassen Medical Center (n°. 3658).
- iv. Établissements non hospitaliers. Cette politique ne s'applique pas aux établissements de Banner Health (« BH ») non hospitaliers (par exemple, Banner Imaging, centres de soins urgents Banner) ni aux prestataires non hospitaliers (par exemple, certains médecins et prestataires de pratique avancée). La politique d'assistance financière pour les cabinets médicaux, les cliniques et les soins à domicile de Banner Health (n° 1455) régit ces établissements et prestataires non hospitaliers, .

c. Programme d'assistance financière (AF). Cette politique établit un programme d'assistance financière de Banner Health (« BH ») qui, en fonction des revenus du foyer du patient et du montant des dépenses médicales, détermine l'éligibilité d'un patient pour les soins de bienfaisance ou les soins à prix réduit. Une assistance financière pour les services couverts sera accordée aux patients qui sont : (1) des patients non assurés ou sous-assurés et qui répondent aux critères de revenu du ménage tels que définis dans la présente politique, et/ou (2) membres d'un ménage médicalement indigent.

- i. Assistance financière basée sur le revenu du ménage. Les patients non assurés et les patients sous-assurés peuvent prétendre à une aide financière en fonction du revenu de leur foyer si : (1) le revenu de leur ménage est inférieur ou égal à 400 % du niveau de pauvreté fédéral (FPL) ; et (2) ils remplissent une demande d'assistance financière ou sont considérés comme présumés éligibles (voir Section 111.D.iv de la présente politique). Le montant de l'assistance financière accordée par Banner Health (« BH ») aux patients non assurés et sous-assurés approuvés est déterminé conformément aux tableaux suivants :

Hôpitaux situés dans des États autres que le Colorado		
Revenus du ménage	Remise appliquée - Non assurés	Remise appliquée - Sous-assurés
< 200 % du FPL	100 % de réduction sur l'AGB	100 % de réduction sur le BAI
200 % - 300 % du FPL	75 % de réduction sur l'AGB	75 % de réduction sur le BAI
> 300 % - 400 % du FPL	50 % de réduction sur l'AGB	50 % de réduction sur le BAI

Les patients du Colorado qui reçoivent des soins dans un hôpital du Colorado peuvent bénéficier de réductions supplémentaires en vertu de la loi HB 21-1198 du Colorado (Exigences de facturation des soins de santé pour les patients indigents).

Colorad Hôpitaux		
Revenus du ménage	Remise appliquée - Non assuré	Remise appliquée - Sous-assuré
< 200 % du FPL	100 % de réduction	100 % de réduction sur le BAI
200 %- 250 % du FPL	Tarifification de soins à prix réduit du Colorado (CDCP) si approuvé. Si le CDCP n'est pas approuvé, 75 % de réduction sur l'AGB	Tarifification de soins à prix réduit du Colorado (CDCP) si approuvé. Si le CDCP n'est pas approuvé, 75 % de réduction sur le BAI
> 250 % - 300 % du FPL	75 % de réduction sur l'AGB	75 % de réduction sur le BAI
> 300 % - 400 % du FPL	50 % de réduction sur l'AGB	50 % de réduction sur le BAI

- ii. Assistance financière basée sur le statut de foyer médicalement indigent. Les patients non assurés et sous-assurés peuvent prétendre à une assistance financière fondée sur le statut de foyer médicalement indigent si : (1) le patient est membre d'un foyer médicalement indigent, et (2) le patient soumet une demande d'aide financière dûment remplie.
- Patients non assurés et patients sous-assurés dont le revenu du ménage est inférieur ou égal à 400 % du FPL. Les patients non assurés et sous-assurés bénéficiant d'une aide financière fondée sur le revenu du foyer, conformément à la section III.C.i de la présente politique, peuvent également prétendre à une aide financière basée sur le statut de foyer médicalement indigent si, *après application de la réduction selon la section III.C.i*, le foyer continue de répondre à la définition de foyer médicalement indigent. En cas d'approbation, Banner Health (« BH ») accordera à ces patients une réduction de 75 % sur le solde restant à

payer.

- Patients non assurés dont le revenu du ménage est supérieur à 400 % du FPL. Les patients non assurés dont le revenu de leur foyer excède 400 % du niveau de pauvreté fédéral (FPL) seront initialement facturés au tarif d'autofinancement pour les services couverts. Banner Health (« BH ») accordera aux patients non assurés faisant partie d'un foyer médicalement indigent une réduction de 75 % sur le tarif d'autofinancement pour les services couverts.
 - Patients sous-assurés dont le revenu du ménage est supérieur à 400 % du FPL. Banner Health (« BH ») accordera aux patients sous-assurés dont la demande d'aide financière a été approuvée en raison de leur statut de membre d'un foyer médicalement indigent une réduction de 75 % sur le solde après assurance (BAI) du patient.
- iii. Tarif maximum pour les patients remplissant les conditions requises. Les patients non assurés ou sous-assurés bénéficiant d'une aide financière en vertu de la présente politique ne peuvent être facturés d'un montant supérieur à l'« Amount Generally Billed » (AGB) pour les services couverts. Dans le cas où
- l'application des tableaux de la section III.C.i aux services couverts aboutit à un montant supérieur à l'AGB, le tarif de ces services couverts sera réduit à l'AGB.
- iv. Demande d'assistance financière. Sauf si les patients sont considérés comme présumés éligibles à l'assistance financière conformément à la section III.D.iv ci-dessous, ils doivent soumettre une demande d'assistance financière. Les patients peuvent obtenir un formulaire de demande d'aide financière en personne dans un hôpital ou sur le site Internet de Banner Health (« BH »). Ils ont également la possibilité de demander l'envoi d'un formulaire de demande par courrier en appelant le 1-888-264-2127. Toutes les demandes d'aide financière doivent être remises en mains propres à l'hôpital, envoyées par la poste à l'adresse indiquée sur le formulaire de demande, ou soumises conformément aux instructions figurant sur le site Web de BH.
- v. Vérification des revenus/de la capacité à payer
- Les revenus du patient seront vérifiés à l'aide des éléments suivants, qui doivent être fournis par le patient :
 - La déclaration de revenus de l'année précédente ;
 - Les trois derniers bulletins de salaire ; et/ou
 - Les trois derniers relevés de comptes d'épargne et de chèques.
 - Si un patient n'a pas de revenus attestés et/ou n'est pas tenu de déposer un dossier États-Unis. impôts sur le revenu (par exemple, un patient retraité), BH peut évaluer la capacité de paiement du patient en comparant ses dettes à ses capitaux propres. Les dettes incluent toutes les dépenses mensuelles, comme le logement, l'automobile, les soins de santé, etc. Les capitaux propres comprennent les liquidités (espèces, actions, obligations et autres actifs pouvant être liquidés dans les sept jours) permettant de couvrir les factures impayées. BH accordera aux patients

dont le ratio dettes/capitaux propres est supérieur à 50 % la même réduction que celle accordée aux patients bénéficiant d'une aide financière sur la base de leur statut de ménage médicalement indigent.

- vi. Notification de la détermination de l'éligibilité. Une fois l'éligibilité au programme d'assistance financière (AF) établie, que le patient soit jugé éligible ou non à l'assistance financière, Banner Health (« BH ») adressera une notification écrite de sa décision à la dernière adresse connue du patient.
- vii. Application des réductions au titre de l'assistance financière.
 - Les patients éligibles à l'assistance financière bénéficieront de la réduction applicable à tous les services couverts reçus : (1) au cours des 12 derniers mois à compter de la date d'éligibilité ; et (2) dans les 180 jours suivant la date d'éligibilité.
 - Les patients qui soumettent une demande d'aide financière et qui obtiennent l'approbation, mais qui ont déjà réglé au moins 5 dollars de plus que le tarif réduit pour le service couvert, se verront rembourser le montant du paiement excédentaire.
- d. Facturation et recouvrement. Banner Health (« BH ») se réserve le droit d'entreprendre toute action légale, y compris des procédures de recouvrement extraordinaires (« ACE »), afin d'obtenir le paiement des services rendus lorsque le règlement n'a pas été effectué dans les 120 jours suivant la date du premier relevé de facturation de ces services (la « période de notification »). Les procédures de recouvrement extraordinaires comprennent, sans s'y limiter, le dépôt d'une plainte en justice, la constitution d'un privilège ainsi que le signalement de ces dettes aux agences de crédit.
 - i. Dépôts. Un hôpital est en droit d'exiger un dépôt de la part d'un patient non assuré avant de fournir tout service, à l'exception des services d'urgence, pour lesquels aucun dépôt ne sera requis. Tous les patients non assurés doivent être informés de l'existence d'un programme d'aide financière et recevoir un formulaire de demande sur simple demande.
 - ii. Compte d'un seul patient. Lorsqu'un patient a plusieurs factures impayées, Banner Health (« BH ») se réserve le droit de regrouper ces factures sur un seul relevé de facturation. Cependant, aucune procédure de recouvrement extraordinaire ne sera engagée pour un service donné avant l'expiration de la période de notification associée à ce service spécifique.
 - iii. Notification de la facture impayée. Au cours de la période de notification, Banner Health (« BH ») enverra des relevés de facturation aux patients, ainsi qu'aux garants le cas échéant, à leur dernière adresse connue. Chaque relevé de facturation comprendra :
 - Un résumé des services couverts figurant sur le relevé ;
 - Les frais réels associés à chaque service, y compris les montants facturés à un fournisseur d'assurance tiers ;
 - Le montant que le patient (ou le garant) doit acquitter pour chaque service ; et
 - Un avis écrit informant le bénéficiaire de la disponibilité d'une aide financière dans le cadre du programme d'assistance financière,

accompagné d'un résumé en termes clairs du programme d'assistance financière et d'informations sur la procédure de demande d'aide financière (ci-après dénommé le « document résumé en termes clairs »).

BH pourra également notifier les patients (et les garants) par courriel ou par SMS concernant leur solde impayé, tout en leur offrant la possibilité de consulter leurs relevés sous forme numérique.

- iv. Éligibilité présumée à l'assistance financière. Avant d'engager une action de recouvrement extraordinaire, Banner Health (« BH ») déterminera, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un prestataire tiers, si le patient ou le garant est présumé éligible à une aide financière sur la base des revenus du foyer. Cette détermination sera effectuée conformément à la procédure de présomption d'éligibilité renforcée pour l'assistance financière destinée aux patients non assurés. Dans l'hypothèse où le patient ou le garant serait présumé éligible à l'assistance financière en raison des revenus du foyer, il ne sera pas tenu de soumettre une demande, et les réductions prévues à la section 111.C.i seront automatiquement appliquées à son compte, conformément à la section 111.C.vii de la présente politique. Toutefois, si le patient ou le garant a déjà acquitté des paiements pour l'un des services couverts, pour lesquels la réduction serait applicable, il devra soumettre une demande et obtenir l'approbation pour le programme d'assistance financière afin que la réduction soit appliquée à ces services couverts.
- v. Derniers efforts de collecte avant la CCE. Avant d'initier une action de recouvrement extraordinaire (ACE), Banner Health (« BH ») adressera une facture à la dernière adresse connue du patient (et/ou du garant), informant le destinataire des actions de recouvrement spécifiques que BH envisage d'entreprendre si, avant le dernier jour de la période de notification, le patient ou le garant : (1) ne sollicite pas d'assistance financière dans le cadre du programme d'aide financière ; (2) ne règle pas la totalité du montant dû ; ou (3) ne parvient pas à établir un accord de paiement avec BH. Ce relevé de facturation inclura le document récapitulatif en langage clair et sera envoyé au moins 30 jours avant l'expiration de la période de notification. BH s'engage également à effectuer un effort raisonnable pour informer oralement le patient concernant le programme d'assistance financière et les démarches à suivre pour obtenir de l'aide dans le cadre de la procédure de demande d'adhésion au programme d'aide financière.
- Si le patient ou le garant soumet une demande complète d'assistance financière dans le cadre du programme d'aide financière, BH s'engage à ne pas entamer d'action de recouvrement extraordinaire tant que la demande est en cours de traitement.
 - Dans le cas où le patient ou le garant soumettrait une demande d'assistance financière incomplète, BH accordera à ce dernier un délai raisonnable pour fournir les informations requises à l'achèvement de la demande. Si, à l'issue de ce délai, le patient ou le garant ne parvient pas à fournir les informations demandées, BH se réserve le droit d'engager action de recouvrement extraordinaire.

- Dans l'éventualité où le patient ou le garant soumettrait une demande complète d'assistance financière dans le cadre du programme d'aide financière après le lancement d'une action de recouvrement extraordinaire, cette dernière sera suspendue jusqu'à ce que BH ait rendu une décision finale quant à l'éligibilité du patient ou du garant au programme d'aide financière.
- Dans l'hypothèse où le patient ou le garant établit un accord de paiement avec BH, ce dernier pourra engager une action de recouvrement extraordinaire après trois paiements consécutifs manqués.

e. Annulations et ajustements

- i. Éligibilité. Que le patient soit ou non éligible à une aide financière dans le cadre du programme d'assistance financière, BH accordera aux patients non assurés une remise de 100 % sur un service couvert et renoncera au montant à facturer pour tout patient sous-assuré si :
 - Le patient s'inscrit à Medicaid dans les 12 mois *suivant* la prestation du service couvert ; ou
 - Le patient s'inscrit à Medicaid au moment de la prestation du service couvert, mais le financement de Medicaid n'est pas disponible pour couvrir ce service ou Medicaid refuse de le prendre en charge.
 - ii. Autorité d'approbation pour les annulations. Toutes les annulations et tous les ajustements doivent être approuvés conformément aux modalités suivantes :
 - Annulations et ajustements jusqu'à 5 000 \$: doivent être approuvés par le responsable de la gestion des soldes patients (PBM).
 - Radiations et ajustements de 5 000 \$ et plus : doivent être approuvés par le directeur de la gestion des soldes patients (PBM). Ce dernier peut déléguer cette autorité au directeur financier de l'hôpital.
- f. Réserve du droit de demander le remboursement des frais à des tiers. Si un tiers est légalement tenu responsable d'une partie de la facture d'un patient auprès de BH, BH réclamera à ce tiers le remboursement intégral de tous les frais engagés par le patient, soit au taux contractuel ou gouvernemental applicable, soit, en l'absence de tel taux, au tarif d'auto-paiement. Cette demande de remboursement sera effectuée indépendamment de toute aide financière accordée au patient dans le cadre du programme d'assistance financière (AF).
- g. Services hors réseau et refusés. Les patients considérés comme hors réseau ainsi que ceux dont les demandes de remboursement ont été rejetées par leur compagnie d'assurance privée seront initialement facturés au tarif d'auto-paiement pour tous les services couverts.

IV. Procédure/Interventions :

A. N/A

V. Documentation relative aux procédures :

A. N/A

VI. Informations complémentaires :

- A. N/A

VII. Références :

- A. Patient Protection and Affordable Care Act, Section 9007
- B. Internal Revenue Code, Section 501(r)
- C. Programme de soins aux indigents du Colorado, C.R.S. 25.5-3 (HB 21-1198)
- D. 29 C.F.R. Paragraphe 1.501(r)-1 au paragraphe 1.501(r)-7
- E. Avis 2015-46, Bulletin des impôts internes 2015-28 (13 juillet 2015)
79 Registre fédéral 78954-79016

VIII. Autres politiques/Procédures connexes :

- A. Politique d'assistance financière du Banner Lassen Medical Center pour les patients de l'hôpital (n° 3658)
- B. Politique d'assistance financière des établissements non hospitaliers de Banner Health (n° 1455)

IX. Mots-clés et phrases-clés :

- A. Programme d'aide financière
- B. Programme d'aide aux patients
- C. Patients non assurés
- D. Facturation
- E. Recouvrement
- F. Prise en charge caritative
- G. Remise pour auto-paiement

X. Annexe :

- A. Liste des prestataires hospitaliers

ANNEXE A

Liste des prestataires hospitaliers

La liste suivante répertorie les prestataires hospitaliers, classés par département ou groupe, qui fournissent des services de santé médicalement nécessaires dans les établissements de santé de Banner Health (BH) et qui sont couverts par la présente politique.

Département ou groupe	Couvert	Non couvert
Banner Medical Group - Médecins hospitaliers	X	
Banner University Medical Group - Médecins hospitaliers	X	
Non employés de Banner ¹ - Médecins hospitaliers		X
Banner Medical Group - Réanimateurs	X	
Banner University Medical Group - Réanimateurs	X	
Non employés de Banner ¹ - Réanimateurs		X
Banner Medical Group - Spécialistes ²	X	
Banner University Medical Group - Spécialistes ²	X	
Banner MD Anderson - Spécialistes ²	X	
Banner Alzheimer's Institute - Spécialistes ²	X	
Employés sans bannière - Spécialistes ²		X
Banner University Medical Group - Anesthésistes	X	
Non employés de Banner ¹ - Anesthésistes		X
Banner Medical Group - Télémédecine	X	
Banner University Medical Group - Télémédecine	X	
Banner MD Anderson - Spécialistes ²	X	
Banner Alzheimer's Institute - Spécialistes ²	X	
Non employés de Banner ¹ Télémédecine		X
Banner Behavioral Health Providers	X	
Services d'ambulance terrestre de Banner Health	X	
Services d'ambulances terrestres autres que ceux de Banner Health		X

La présente annexe fera l'objet d'un réexamen trimestriel et sera mise à jour si nécessaire. Les modifications apportées à la liste des prestataires hospitaliers figurant dans cette annexe n'exigent pas l'approbation du conseil d'administration de Banner Health (BH).

¹ Les prestataires non affiliés à Banner qui ont conclu un contrat avec Banner pour fournir des services de facturation sont considérés comme des entités couvertes.

² Les spécialistes incluent, sans s'y limiter, les services d'urgence, les chirurgiens, les radiologues, les services de travail et d'accouchement, ainsi que les services de traumatologie.