

TITRE : POLITIQUE D'AIDE MÉDICALE

POLITIQUE ET OBJECTIF :

La Loi de Santé publique de l'État de New York (New York State Public Health Law) (Article 2807-k-9-a) et le Code fiscal américain (Internal Revenue Code) (Article 501(r)) exigent des hôpitaux qu'ils fournissent des services gratuits ou à prix réduit pour les soins d'urgence ou les autres soins médicaux indispensables aux patients considérés dans l'incapacité de payer, en totalité ou en partie, leurs soins, étant donnée leur situation financière.

Le NewYork Presbyterian Hospital (ci-après « l'hôpital ») reconnaît qu'il est de sa responsabilité de fournir une aide médicale (ci-après « l'aide médicale ») aux personnes non assurées ou sous-assurées et qui ont bénéficié de services d'urgence ou d'autres services médicaux indispensables à l'hôpital. L'hôpital s'engage à procéder à l'évaluation complète des besoins de chaque patient et à administrer une aide médicale au besoin, indépendamment de l'âge, du sexe, de la race, de l'origine nationale, du statut socio-économique ou d'immigrant, de l'orientation sexuelle ou de l'appartenance religieuse.

APPLICABILITÉ :

1. Cette politique s'applique aux services d'hospitalisation ou de consultation externe administrés en urgence ou considérés comme des services médicaux indispensables à un individu pouvant prétendre à l'aide dispensée par l'hôpital et son personnel, en vertu de la présente politique. (Voir l'Annexe C pour connaître les sites actuellement concernés.)
2. Cette politique s'applique aux services d'urgence administrés aux résidents de l'État de New York (y compris aux transferts de la loi Emergency Medical Treatment and Active Labor Act, EMTALA) et aux services de soins médicaux indispensables non urgents fournis à tous les résidents de la zone principale de service de l'hôpital remplissant les critères demandés. (Voir l'Annexe A ci-jointe.) Les services médicaux désignent tous les services couverts, désignés par le programme Medicaid de l'État de New York.
3. Outre la couverture des patients non assurés susceptibles de bénéficier de cette aide, la présente politique s'applique aux personnes admissibles et qui font face à des frais médicaux exceptionnels, y compris les tickets modérateurs, franchises ou coassurances, ou celles qui ont épuisé leurs prestations d'assurance-maladie (y compris, mais sans limitation, les comptes d'épargne santé).
4. Pour obtenir davantage d'informations sur les médecins et les autres prestataires de services de l'hôpital, notamment les prestataires du réseau de

NewYork Presbyterian Hospital

Site : tous les centres

Manuel des procédures et des politiques de l'hôpital

Référence : C106

Page 2 sur 8

soins ambulatoires (ACN) de l'hôpital (ci-après dénommés les prestataires) et la Politique d'aide médicale de l'hôpital, consultez le site www.nyp.org. Si vous souhaitez obtenir une version sur papier de la liste des prestataires, rendez-vous sur le site www.nyp.org, appelez le 866 252 0101 ou adressez-vous directement au prestataire concerné. Les patients doivent s'attendre à recevoir des factures distinctes des prestataires pour lesquelles la présente politique ne s'applique pas, leurs services sont facturés séparément. La Politique d'aide médicale de l'hôpital s'applique aux prestataires ACN de l'hôpital.

5. L'aide médicale sera évaluée après dépôt d'un formulaire de demande dûment rempli, accompagné des documents nécessaires. Dans certains cas définis et spécifiés dans le présent document, l'aide médicale pourra être accordée aux patients en fonction d'un barème calculé à partir de revenus présumés communiqués par les agences de crédit ou spécialisées dans l'évaluation du crédit.
6. L'aide médicale sera accordée après que le cas du patient ait été examiné pour déterminer son admissibilité au programme Medicaid ou à d'autres programmes d'assurance, si cela est jugé raisonnable ou approprié.
7. Des exceptions à cette politique peuvent être faites sur approbation d'un représentant agréé de l'hôpital. Les litiges relatifs à la nécessité médicale seront soumis à l'arbitrage du service chargé de l'examen de l'usage des services hospitaliers (Hospital Utilization Review Department), conformément aux politiques et aux procédures de l'hôpital en vigueur.

PROCÉDURE :

A. Demande : délais/lieu/documents

1. Les documents écrits, y compris la demande, la politique complète et le résumé en langage simple (Résumé), devront être mis à disposition des patients dans les langues principalement parlées à l'hôpital, sur simple demande et gratuitement, par les services d'admission et des urgences de l'hôpital au cours du processus d'admission et d'enregistrement, à la sortie ou par courriel. De plus, ces documents devront être mis à disposition sur le site internet de l'hôpital (www.nyp.org). Une notification concernant la présente politique devra également être adressée aux patients par la publication visible des informations, dans les langues appropriées, dans les salles des services des urgences et d'admission de l'hôpital aussi bien que par l'ajout d'informations sur les factures et relevés de compte envoyés aux patients expliquant que les patients admissibles peuvent bénéficier d'une aide financière et comment obtenir des informations complémentaires.
2. Les documents de demande doivent clairement établir, par le biais d'un avis adressé aux patients, que s'ils envoient une demande complète, avec toutes

NewYork Presbyterian Hospital

Site : tous les centres

Manuel des procédures et des politiques de l'hôpital

Référence : C106

Page 3 sur 8

les informations ou tous les documents nécessaires afin de permettre de déterminer leur admissibilité en vertu de la présente politique, ils n'auront à régler aucune facture de l'hôpital jusqu'à ce que l'hôpital ait pris une décision concernant leur demande.

3. Les patients peuvent demander à bénéficier d'une aide en réclamant un formulaire de demande et en envoyant leur demande dûment remplie à tout moment pendant les processus de facturation et de recouvrement. Les décisions concernant les demandes devront être adressées par écrit aux demandeurs dès que possible après la soumission des demandes complètes mais, dans tous les cas, sous trente (30) jours à compter de la réception des demandes par l'hôpital. Si des renseignements supplémentaires doivent être fournis par les demandeurs pour déterminer leur admissibilité, l'hôpital devra les demander sous ces trente (30) jours. Les instructions écrites décrivant les modalités de recours pour contester un refus ou une autre décision négative et les coordonnées du Département de la Santé de l'État de New York (New York State Department of Health) doivent être jointes à toute décision négative ou tout refus relatif à une demande.
4. Les demandeurs doivent fournir les informations et les documents en appui de leur demande, y compris, mais sans limitation, les documents attestant les informations indiquées sur leur formulaire de demande. Les documents peuvent comprendre, par exemple, des talons de chèques de paie, des lettres d'employeur, si applicable, et le formulaire 1040 de l'administration fiscale américaine (Internal Revenue Service) pour attester des revenus.
5. Les actifs ne peuvent pas être pris en compte.
6. L'hôpital peut procéder à des demandes d'informations et obtenir des rapports auprès de tiers, tels que des agences de crédit, concernant certains patients afin de déterminer s'ils peuvent être présumés admissibles (admissibilité présumée) à l'aide médicale dans les conditions limitées suivantes :
 - a. après la sortie de l'hôpital du patient ;
 - b. le patient n'a pas d'assurance ou son assurance a expiré ;
 - c. le compte du patient présente un solde de plus de 300,00 dollars ;
 - d. le patient a reçu au moins une facture et le délai imparti au paiement de cette facture a expiré ;
 - e. le patient n'a ni déposé ni rempli de demande complète d'aide médicale ;
 - f. le patient a été informé par le biais d'un avis inclus dans une facture que l'hôpital peut obtenir un rapport de solvabilité avant quiconque ;

NewYork Presbyterian Hospital

Site : tous les centres

Manuel des procédures et des politiques de l'hôpital

Référence : C106

Page 4 sur 8

- g. les rapports de solvabilité ne pourront pas être utilisés pour refuser les demandes d'aide médicale.

L'hôpital ne pourra pas communiquer l'état du compte du patient à ces tiers.

7. Les patients admis à la clinique de l'hôpital feront l'objet d'une évaluation dès leur enregistrement initial. Les demandes pour les patients de la clinique de l'hôpital devront être dûment remplies et les décisions prises dans le cadre du processus d'enregistrement, excepté si des informations supplémentaires sont nécessaires.
8. L'hôpital ne pourra pas reporter ou refuser (ou exiger le paiement avant l'administration) les soins d'urgence ou autres soins médicaux indispensables en raison du non-paiement, par une personne admissible à l'aide, d'une ou de plusieurs factures antérieures pour des services couverts en vertu de la présente politique.

B. Procédure d'appel

1. Si un patient est mécontent de la décision concernant sa demande d'aide médicale, il peut faire appel de cette décision en soumettant les raisons de son mécontentement et tout document justificatif au Directeur des comptes patient, ou toute autre personne désignée de l'hôpital (le « Directeur »), sous (20) jours à compter de la décision.
2. Le Directeur disposera de quinze (15) jours ouvrés pour examiner la demande d'appel et répondre, par écrit, au patient.
3. Si le patient est toujours mécontent de la décision du Directeur, il pourra faire appel de la décision du Directeur par écrit, en indiquant ses motifs, et en fournissant tous les justificatifs au Vice-président des Services financiers aux patients (Patient Financial Services) ou toute autre personne désignée de l'hôpital (le « Vice-président »).
4. Le Vice-président devra donner sa décision par écrit sous quinze (15) jours, à compter de la réception de la demande d'appel. La décision du Vice-président sera définitive.
5. Aucune activité de recouvrement ne devra être exercée pendant que l'appel est pendant.

C. Processus de paiement

1. Sous réserve des dispositions de la présente politique, l'hôpital devra administrer des soins gratuits ou à prix réduit aux demandeurs non assurés ou aux demandeurs, qu'il s'agisse d'individus ou de familles, dont les prestations d'assurance-maladie sont épuisées pour un service particulier, y compris, mais sans limitation, les comptes d'épargne santé, avec des revenus inférieurs à 400 % du seuil fédéral de pauvreté, tel qu'indiqué dans les Directives fédérales sur la pauvreté pour les revenus non agricoles (Federal Poverty Guidelines for Non-Farm Income) publiées chaque année (les directives relatives au revenu en vigueur à la date de la réception de la demande remplie, et non à la date de prestation du service, seront utilisées afin de déterminer l'admissibilité) conformément à l'échelle mobile de tarification appropriée pour l'année en cours : « Échelle mobile de tarification - Patients hospitalisés/Patients en consultation externe », « Échelle mobile de tarification pour les patients en consultation externe de soins de santé comportementaux » et « Échelle mobile de tarification clinique » (ci-jointes en Annexes B-1, B-2 et B-3).
2. L'hôpital devra limiter les frais facturés aux personnes admissibles au programme d'aide médicale aux montants généralement facturés (AGB) des frais de soins d'urgence ou d'autres soins médicaux indispensables aux personnes ayant une assurance. L'hôpital calcule les montants généralement facturés en utilisant la méthode prospective et établit ce taux en fonction des taux Medicaid actuels de la rémunération à l'acte de l'État de New York, promulgués par le Département de la Santé de l'État de New York. Suite à une décision d'admissibilité à l'aide médicale, une personne admissible ne pourra pas se voir facturer des montants supérieurs aux montants généralement facturés pour les soins d'urgence ou les soins médicaux indispensables. Pour déterminer les montants facturés aux personnes admissibles à l'aide médicale, l'hôpital devra appliquer une méthodologie de rabais selon un barème dégressif des montants généralement facturés, conformément aux Annexes B-1, B-2 et B-3, en fonction de la taille du foyer et des revenus de la personne. À titre d'exemple uniquement, un patient jugé admissible à l'aide médicale et dont le foyer est composé de trois personnes disposant d'un revenu de 35 000 \$ sera facturé à concurrence de 55 % du taux Medicaid courant (montants généralement facturés) applicable à l'hospitalisation de ce type de patient, tel que calculé conformément à l'Annexe B-1.

3. **Échéanciers de paiement.** Si un patient n'est pas en mesure de régler le solde de son compte, l'hôpital devra tenter de négocier un échéancier de paiement avec ce patient. Lors de la négociation d'un échéancier de paiement avec le patient, l'hôpital devra prendre en compte le solde dû et les capacités de paiement du patient.
 - a. Les échéanciers de paiement devront permettre de régler le solde dû sous six (6) mois.
 - b. La période de paiement pourra être prolongée de six (6) mois si, à la discrétion de l'hôpital, la situation financière du patient justifie une telle prolongation.
 - c. Le paiement mensuel ne devra pas dépasser dix pour cent (10 %) du salaire mensuel brut du patient.
 - d. Si le patient ne s'acquitte pas de deux paiements échus, puis du règlement sous les trente (30) jours qui suivent, le solde intégral sera dû.
 - e. Si des intérêts sont facturés au patient, le taux d'intérêt appliqué à tout solde impayé ne devra pas être supérieur au taux des obligations de quatre-vingt-dix jours émis par le Département du Trésor américain (US Department of Treasury), plus un demi pour cent (0,5 %). Les échéanciers de paiement ne devront pas inclure de clause d'accélération ou similaire déclenchant l'application d'un taux d'intérêt supérieur sur un arriéré.

4. **Dépôts.** Un patient nécessitant des soins médicaux indispensables qui effectue une demande d'aide médicale ne devra pas avoir à faire de dépôt. Tout dépôt effectué par un patient avant qu'il ne fasse sa demande d'aide médicale devra être inclus dans tout examen de demande d'aide médicale. S'il s'avère que ce patient est jugé admissible à des soins gratuits, l'intégralité du dépôt devra lui être remboursée. Si le patient est jugé admissible à une remise, tout solde du dépôt supérieur à ce que le patient sera censé devoir à l'hôpital devra lui être remboursé.

5. L'hôpital devra tenir la comptabilité des montants en dollars facturés au titre de l'aide médicale dans le système comptable de l'hôpital, conformément à la loi de l'État de New York en vigueur.

6. Un mécanisme de mesure de la conformité de l'hôpital à la présente politique devra être développé et mis en œuvre.

D. Information/Sensibilisation du public

1. Le personnel de l'hôpital devra être informé de la disponibilité de l'aide médicale et formé à l'orientation des patients en vue d'obtenir des informations complémentaires concernant le processus de demande. En particulier, l'hôpital devra fournir une formation sur cette politique à l'ensemble du personnel au contact des patients ou responsable de la facturation et du recouvrement.
2. Tout avis aux patients concernant la présente politique devra être conforme à la Procédure A. 1.
3. Le Résumé, y compris les informations spécifiques relatives aux tranches de revenus utilisées pour déterminer l'admissibilité à l'aide, une description de la zone principale de service de l'hôpital et les modalités de demande de l'aide, ainsi que la politique et le formulaire de demande mis à la disposition des patients, devront être publiés sur le site internet de l'hôpital (www.nyp.org).
4. L'hôpital devra informer le public en général, les agences des services à la personne et de soins de santé de la communauté locale, ainsi que les autres organisations locales qui aident les personnes démunies, de l'existence de l'aide médicale. Les mesures prises pour informer les agences publiques et les organismes à but non lucratif locaux incluent :
 - a. la mise à disposition de la politique, du résumé et des formulaires de demande pour les dirigeants des conseils consultatifs communautaires et des conseils de direction, mais aussi pour une sélection d'établissements scolaires et d'organisations confessionnelles à proximité de chaque campus hospitalier ;
 - b. la rencontre des conseils communautaires locaux, des organisations confessionnelles, des organismes de services à la personne, ainsi que des représentants élus et de leur personnel afin de les informer sur la politique ;
 - c. la distribution de copies de la politique, du résumé et du formulaire de demande lors de manifestations de rue et autres événements communautaires parrainés par l'hôpital dans sa zone de service.

E. Pratiques et procédures de recouvrement

1. L'hôpital a mis en place des pratiques et des procédures de recouvrement afin de promouvoir l'accès des patients à des soins de santé de qualité tout en minimisant les arriérés au NewYork Presbyterian Hospital. Ces pratiques et ces procédures visent à promouvoir les activités de recouvrement de la dette exercées par les agences de recouvrement et les avocats au nom de l'hôpital, conformément aux missions, valeurs et principes fondamentaux de l'hôpital, y compris, mais sans s'y limiter, aux politiques d'aide médicale de l'hôpital.

NewYork Presbyterian Hospital

Site : tous les centres

Manuel des procédures et des politiques de l'hôpital

Référence : C106

Page 8 sur 8

2. Les pratiques et les procédures de recouvrement de l'hôpital sont décrites dans une Politique de recouvrement distincte, conformément aux dispositions de la Loi de santé publique de l'État de New York (New York State Public Health Law) (Article 2807-k-9-a) et des réglementations du code fiscal américain (Internal revenue code) (Article 501(r)). La Politique de recouvrement est disponible au service d'admission de l'hôpital ou sur le site internet de l'hôpital, à l'adresse www.nyp.org, sous l'onglet « Charity Care » (Aide médicale), en anglais et dans d'autres langues.

RESPONSABILITÉ : Patient Financial Services

DATES DE LA POLITIQUE :

Nouvelle version : avril 2004

Révision : 2005

Date de réexamen et de révision : 2006, 2007, 2010, **juin 2014**

Révision des annexes : 21 février 2008, mars 2010, avril 2011, mars 2012, juin 2012, juin 2014, juin 2016, février 2017

Révision : 20 octobre 2015, mai 2016, décembre 2017

Approbations : conseil d'administration

ANNEXE A

Zone principale de service

Pour le New York Presbyterian/Columbia (y compris, NYP/Morgan Stanley Children's), le New York Presbyterian/Weill Cornell, le New York Presbyterian/Allen et le New York Presbyterian/Lower Manhattan, la zone principale de service comprend les cinq arrondissements (comtés) de la ville de New York.

Pour le New York Presbyterian/Westchester, la zone principale de service comprend les comtés suivants : Westchester, Bronx, Orange, Putnam et Rockland.

Date : juin 2014

Aide médicale Annexe A rév. 2014

ANNEXE B-1 : ÉCHELLE MOBILE DE TARIFICATION - PATIENTS HOSPITALISÉS/PATIENTS EN CONSULTATION EXTERNE

BASEE SUR DIRECTIVES HHS SUR LA PAUVRETE POUR LES REVENUS NON AGRICOLES - JUSQU'A 400 %

		Urgences pédiatriques : 0 \$ Urgences pour adultes : 15 \$ Chir. /IRM patients hospitalisés/consult. ext. : 150 \$ Autres non cliniques : 5 % du taux											
MONTANT PAYÉ PAR LE PATIENT		10 % du taux applicable		20 % du taux applicable		55 % du taux applicable		90 % du taux applicable		100 % du taux applicable		AUCUN RABAIS*	
% DIRECTIVES FÉD. PAUV.		101 à 125 %		126 à 150 %		151 à 200 %		201 à 250 %		251 à 400 %		> 400 %	
TAILLE DE LA FAMILLE	< OU =	>	< OU =	>	< OU =	>	< OU =	>	< OU =	>	< OU =	>	
1	\$12,140	\$12,140	\$15,175	\$15,175	\$18,210	\$18,210	\$24,280	\$24,280	\$30,350	\$30,350	\$48,560	\$48,560	
2	16,460	16,460	20,575	20,575	24,690	24,690	32,920	32,920	41,150	41,150	65,840	65,840	
3	20,780	20,780	25,975	25,975	31,170	31,170	41,560	41,560	51,950	51,950	83,120	83,120	
4	25,100	25,100	31,375	31,375	37,650	37,650	50,200	50,200	62,750	62,750	100,400	100,400	
5	29,420	29,420	36,775	36,775	44,130	44,130	58,840	58,840	73,550	73,550	117,680	117,680	
6	33,740	33,740	42,175	42,175	50,610	50,610	67,480	67,480	84,350	84,350	134,960	134,960	
7	38,060	38,060	47,575	47,575	57,090	57,090	76,120	76,120	95,150	95,150	152,240	152,240	
8	42,380	42,380	52,975	52,975	63,570	63,570	84,760	84,760	105,950	105,950	169,520	169,520	
Pour chaque pers. suppl., ajouter :	4,320												

Source : Federal Register/Vol. 83, No. 12/Jeu. 18 janvier 2018/Notices

***VISITES DE PATIENT EN CONSULTATION EXTERNE NON CLINIQUE ET VISITES CLINIQUES DENTAIRES : LES RÉDUCTIONS SONT CALCULÉES SUIVANT UN RABAIS DES TAUX MEDICAID DE LA RÉMUNÉRATION À L'ACTE**

***SÉJOURS À L'HÔPITAL : LES RÉDUCTIONS SONT CALCULÉES À PARTIR DU MONTANT MINIMUM DE FRAIS OU DE MEDICAID DRG**

AIDE MÉDICALE C106

ANNEXE B-2 : ÉCHELLE MOBILE DE TARIFICATION POUR LES ÉVALUÉS EN CONSULTATION EXTERNE DE SANTÉ COMPORTEMENTALE
BASÉE SUR LES DIRECTIVES HHS SUR LA PAUVRETÉ POUR LES REVENUS NON AGRICOLES - JUSQU'À 400 %

Catégorie	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
Tarif de consultation	Cl. péd. : 0 Cl. adultes : 10 \$	\$13	\$20	\$27	\$35	\$50	\$75	\$100	\$120	\$135
% Directives féd. sur la pauvreté	100%	101% 125%	125% 150%	150% 200%	200% 250%	250% 300%	300% 325%	325% 350%	350% 375%	375% 400%
Taille de la famille / Revenu	< ou =	> < ou =	> < ou =	> < ou =	> < ou =	> < ou =	> < ou =	> < ou =	> < ou =	> < ou =
1	\$12,140	\$12,140 \$15,175	\$15,175 \$18,210	\$18,210 \$24,280	\$24,280 \$30,350	\$30,350 \$36,420	\$36,420 \$39,455	\$39,455 \$42,490	\$42,490 \$45,525	\$45,525 \$48,560
2	\$16,460	\$16,460 20,575	20,575 24,690	24,690 32,920	32,920 41,150	41,150 49,380	49,380 53,495	53,495 57,610	57,610 61,725	61,725 65,840
3	20,780	20,780 25,975	25,975 31,170	31,170 41,560	41,560 51,950	51,950 62,340	62,340 67,535	67,535 72,730	72,730 77,925	77,925 83,120
4	25,100	25,100 31,375	31,375 37,650	37,650 50,200	50,200 62,750	62,750 75,300	75,300 81,575	81,575 87,850	87,850 94,125	94,125 100,400
5	29,420	29,420 36,775	36,775 44,130	44,130 58,840	58,840 73,550	73,550 88,260	88,260 95,615	95,615 102,970	102,970 110,325	110,325 117,680
6	33,740	33,740 42,175	42,175 50,610	50,610 67,480	67,480 84,350	84,350 101,220	101,220 109,655	109,655 118,090	118,090 126,525	126,525 134,960
7	38,060	38,060 47,575	47,575 57,090	57,090 76,120	76,120 95,150	95,150 114,180	114,180 123,695	123,695 133,210	133,210 142,725	142,725 152,240
8	42,380	42,380 52,975	52,975 63,570	63,570 84,760	84,760 105,950	105,950 127,140	127,140 137,735	137,735 148,330	148,330 158,925	158,925 169,520
Pour chaque pers. suppl., ajouter	4,320									

Source : Federal Register/Vol. 83, No. 12/Jeu 18 janvier 2018/Notices

AIDE MÉDICALE C106

ANNEXE B-3 : ÉCHELLE MOBILE POUR LES AIS CLINIQUES

BASÉE SUR DIRECTIVES HHS SUR LA PAUVRETÉ POUR LES REVENUS NON AGRICOLES - JUSQU'À 400 %

CATÉGORIE	A		B		C		D		E		F		W
TARIF DE CONSULTATION	Clinique péd./prénatale : 0 Clinique adultes : 10 \$		\$13		\$27		\$74		\$120		\$135		AUCUN RABAIS
% DIRECTIVES FÉD. PAUVRETÉ	100%		101 à 125 %		126 à 150 %		151 à 200 %		201 à 250 %		251 à 400 %		> 400 %
Revenu	< OU =		>		< OU =		>		< OU =		>		>
Taille de la famille	< OU =		>		< OU =		>		< OU =		>		>
1	\$12,140		\$12,140		\$15,175		\$15,175		\$18,210		\$18,210		\$18,210
2	16,460		16,460		20,575		20,575		24,690		24,690		24,690
3	20,780		20,780		25,975		25,975		31,170		31,170		31,170
4	25,100		25,100		31,375		31,375		37,650		37,650		37,650
5	29,420		29,420		36,775		36,775		44,130		44,130		44,130
6	33,740		33,740		42,175		42,175		50,610		50,610		50,610
7	38,060		38,060		47,575		47,575		57,090		57,090		57,090
8	42,380		42,380		52,975		52,975		63,570		63,570		63,570
Pour chaque pers. suppl., ajouter :	4,320												

Source : Federal Register/Vol. 83, No. 12/Jeu. 18 janvier 2018/ Notices

AIDE MÉDICALE C106

ANNEXE C

NewYork-Presbyterian Hospital/Columbia University Medical Center

NewYork-Presbyterian Hospital/Weill Cornell Medical Center

NewYork-Presbyterian Hospital/Morgan Stanley Children's Hospital

NewYork-Presbyterian Hospital/The Allen Hospital

NewYork-Presbyterian Hospital/Lower Manhattan Hospital

NewYork-Presbyterian Hospital/Westchester Division