

# MaineHealth

Bonjour,

Payer pour votre assurance-maladie peut être une dépense onéreuse. Nous voulons nous assurer que vous obtenez toute l'aide nécessaire. Cette lettre s'accompagne d'une demande d'assistance financière. Même si vous disposez d'une assurance, vous pouvez toujours faire une demande d'aide financière. Celle-ci pourrait vous aider à couvrir certains frais comme les quotes-parts, les franchises et les coassurances.

Votre éligibilité à cette aide dépend de votre revenu annuel, qui est déterminé par le revenu brut (revenu total avant toute déduction) que votre ménage a perçu au cours des 3 derniers mois.

**Veillez remplir et renvoyer le formulaire de demande accompagné de toutes les pièces justificatives requises selon les directives qui figurent à la dernière page du présent document.** Voici quelques exemples de preuve de revenu :

- Déclaration de revenus fédérale la plus récente, si elle doit être déposée ;
- 13 semaines les plus récentes de vos bulletins de paie consécutifs ; en fonction de vos revenus, vous pouvez présenter :
  - 13 bulletins de paie si vous percevez votre paie toutes les semaines;
  - 7 bulletins de paie si vous percevez votre paie toutes les deux semaines.
- Si vous êtes indépendant(e), état détaillé des profits et pertes des 3 derniers mois ;
- Lettre présentant les avantages de sécurité sociale/Relevé de retraite, etc. pour l'année en cours ;
- Lettre présentant l'assistance générale en cours ;
- Déclaration de la pension de chômage ou des indemnisations ;
- Autre preuve de revenu que vous avez perçu au cours des 3 derniers mois comme une pension alimentaire pour enfants, pension alimentaire pour conjoints, allocations, gains de loterie ou primes ;
- Aucun revenu perçu ? Veuillez fournir une déclaration notariée expliquant votre situation actuelle et les aides que vous recevez. Si vous vivez sur vos économies, veuillez fournir vos relevés bancaires des 3 derniers mois.

Si nous avons besoin d'autres renseignements pour finaliser ce processus, nous vous contacterons. Dès réception de toutes les informations, nous vous répondrons dans les 30 jours. **L'approbation n'est pas une garantie d'aide financière, certaines exclusions s'appliquent.**

Veillez noter qu'au cours de ce processus, vos **comptes ne seront pas gelés**. Vous devrez **rester impliqué(e)** dans ce processus pour fournir des informations supplémentaires lorsqu'elles vous seront demandées, afin d'éviter d'éventuelles procédures de recouvrement. Une carte de crédit ou des renseignements bancaires sont nécessaires pour procéder au paiement mensuel.

Si vous avez des questions, veuillez contacter notre bureau sans frais au **866 804-2499**.

Merci,

Conseiller financier

Services financiers des patients de MaineHealth

# MaineHealth

## AVIS

### Soins médicaux gratuits pour ceux qui ne peuvent pas payer — 2024

La loi du Maine exige que des soins médicaux gratuits soient fournis aux résidents du Maine dont le revenu est inférieur à 150 % du seuil de pauvreté fédéral. MaineHealth fournit des soins complets gratuits à tous les patients **dont les revenus sont égaux ou inférieurs à 200 %** du seuil de pauvreté fédéral. Les résidents du New Hampshire qui reçoivent des soins à l'hôpital Memorial et/ou dans d'autres cabinets médicaux associés de MaineHealth peuvent également être qualifiés en vertu du programme de soins gratuits.

TAILLE DE LA FAMILLE	150 %	200 %
1	22 590,00 USD	30 120,00 USD
2	30 660,00 USD	40 880,00 USD
3	38 730,00 USD	51 640,00 USD
4	46 800,00 USD	62 400,00 USD
5	54 870,00 USD	73 160,00 USD
6	62 940,00 USD	83 920,00 USD
7	71 010,00 USD	94 680,00 USD
8	79 080,00 USD	105 440,00 USD
Chaque ajout	8 070,00 USD	10 760,00 USD

**Pour demander une aide financière, veuillez nous contacter :**

Patient Financial Services, au numéro gratuit : 866-804-2499 ; du lundi au vendredi, heures normales de bureau, de 8 h à 16 h 30.

**Les frais ne dépasseront pas les montants généralement facturés à Medicare.**

Si votre demande d'aide financière est approuvée en vertu de notre politique et que votre approbation ne couvre pas 100 % de nos frais pour le service, vous ne devrez pas payer plus pour les soins d'urgence ou autres soins médicalement nécessaires que le montant généralement facturé aux patients bénéficiant d'une assurance.

Seuls les soins médicaux nécessaires sont prodigués gratuitement. Si vous n'êtes pas admissible à des soins médicaux gratuits, vous pouvez demander une audience équitable. Nous vous indiquerons comment introduire une demande d'audience équitable.

## Conseil financier de MaineHealth

Demande de gratuité des soins ou d'un plan de paiement échelonné

Je postule pour :  Gratuité des soins  Plan de paiement échelonné  Les deux

### Informations sur le postulant

Prénom	Nom	Date de naissance	
Adresse		Ville/État/Code postal	Téléphone
État civil ( <i>facultatif</i> )		Employeur (Liste complète pour les 3 derniers mois)	Date de début et salaire

### Renseignements sur le conjoint/co-postulant (mariés ou partenaires familiaux officiellement reconnus uniquement)

Prénom	Nom	Date de naissance	
N° de Téléphone		Employeur	Date de début et salaire

### Personnes à charge (tous les postulants âgés de moins de 18 ans et résidant actuellement avec le postulant)

Nom	Date de naissance	Relation avec le postulant	N° d'identification de MaineCare

### Revenus du ménage

Le postulant et son ménage doivent fournir la déclaration de revenus nationale complète de l'année précédente ou déclaration notariée ne réclamant aucun revenu.

Si le ménage reçoit :	Montant mensuel :	Le postulant doit fournir :
Émoluments / salaires de(s) l'employeur(s)	\$	Les bulletins de paie de 13 dernières semaines ou de 12 derniers mois ou le rapport détaillé sur la paie de chaque emploi indiquant le revenu brut <u>ET</u> la déclaration de revenus fédérale complète de l'année précédente.
Indépendant/Revenus de location	\$	L'état des profits et pertes de 3 derniers mois ou de 12 derniers mois <u>ET</u> la déclaration de revenus fédérale complète de l'année précédente.
Allocation de chômage, invalidité de courte durée (STD), invalidité de longue durée (LTD) ou indemnisation des travailleurs	\$	Les réclamations hebdomadaires indiquant le revenu brut de 13 dernières semaines ou de 12 derniers mois <u>OU</u> les détails de paie de l'employeur démontrant le paiement d'invalidité.
Sécurité sociale ou pension d'Invalidité (SSDI)	\$	Lettre des avantages pour l'année en cours. Pour faire la demande d'une copie de votre lettre des avantages, <a href="tel:1-800-772-1213">appelez le 1-800-772-1213</a> ou visitez <a href="http://www.ssa.gov">www.ssa.gov</a> . <b>Le Formulaire 1099 n'est pas acceptable</b>
Avantages ou pension de Retraite	\$	Lettre de déclaration des avantages (401K, IRA, etc.) indiquant le montant brut octroyé.
Assistance générale	\$	Lettre des avantages de l'assistance générale pour le mois en cours.
Aucun revenu pour les 3 derniers mois	\$	Déclaration notariée expliquant l'aide que vous recevez, signée par la personne qui fournit l'aide. Si vous vivez des économies, vous devrez également fournir 3 mois de relevés bancaires.
Pension alimentaire pour ex-conjoint/pension alimentaire pour enfants	\$	La copie de la décision du tribunal <u>OU</u> les chèques/reçus encaissés de 3 mois.
Dividendes/Intérêts	\$	Déclarations trimestrielles de dividendes <u>OU</u> les relevés bancaires de 3 mois.
Autre	\$	Gains de loterie, rémunération non salariée, liquidités de petits boulots, etc. pour les 3 derniers mois.

**MaineHealth dispose de ressources pour vous aider :**

Les résidents du **Maine** et du **New Hampshire** peuvent être invités à solliciter l'équipe d'assistance aux patients de MainHealth pour vérifier leur éligibilité à MaineCare/NH Medicaid ou d'autres programmes d'État et fédéraux. Vous pouvez nous contacter directement pour de plus amples informations au 1-833-644-3571.

Les résidents du **Maine** peuvent également postuler pour MaineCare en appelant le **1-800-442-6003** ou en consultant <https://www.maine.gov/benefits/accounts/login.html>

Les résidents du **New Hampshire** peuvent également postuler pour NH Medicaid en appelant le **1-603-447-3841** ou en consultant <https://nheasy.nh.gov>

**\*SI VOUS FAITES UNE DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE UNIQUEMENT, IL N'EST PAS NÉCESSAIRE D'ENTRER LES DÉPENSES**

<b>Plan de paiement échelonné seulement</b>			Paiement mensuel demandé : _____		
<i>Pour justifier un plan de paiement échelonné, veuillez inclure les informations suivantes relatives aux dépenses du ménage</i>					
Veuillez énumérer toutes les dépenses mensuelles qui s'appliquent au ménage du demandeur :					
Dépense :	Paiement mensuel :	Dépense :	Paiement mensuel :	Dépense :	Paiement mensuel :
Logement (hypothèque/loyer)	\$	Gaz/Pétrole (chauffage)	\$	Cartes de crédit	\$
Impôts fonciers	\$	Prêt personnel/maison	\$	Factures médicales	\$
Assurance propriétaire/locataire	\$	Garde d'enfants	\$	<b>Dépenses supplémentaires :</b>	-
<b>Charges :</b>	-	401K/403B (ne pas ajouter si déduits de la fiche de paie)	\$		\$
Téléphone fixe/portable	\$	Prêt automobile	\$		\$
Électricité	\$	Assurance automobile	\$		\$
Eau/Égout	\$	Essence pour véhicule	\$		\$
Câble/satellite	\$	Courses/Articles ménagers	\$		\$
Internet	\$	Dépenses pour les animaux de compagnie	\$		\$

**Vous pouvez envoyer votre formulaire de demande et les documents dûment remplis à :**

<p><b>Envoyez par la poste à :</b>  <b>MaineHealth - PFS</b>  <b>Attn: Financial Counseling</b>                  22 Bramhall Street                  Portland, ME 04102</p>	<p><b>Envoyez par télécopieur au :</b>                  207-661-8043</p>	<p><b>Appliquez et téléchargez les documents sur MyChart :</b>  <a href="https://mychart.mainehealth.org">mychart.mainehealth.org</a></p>
---	--	---

***Veuillez ne pas oublier d'inclure une copie de vos documents de preuve de revenu.***

*J'affirme que les informations données, y compris le revenu, sont vraies et correctes au mieux de ma connaissance. Je comprends que les informations que je sou mets concernant mon revenu annuel et la taille de ma famille sont sujettes à vérification par MaineHealth. Je comprends également que si l'une des informations que je sou mets est jugée comme fausse, ce jugement entraînera le refus de la prestation de services tels que la gratuité des soins, et que je serai responsable des frais pour les services fournis.*

**Signature du postulant** \_\_\_\_\_ **Signature du co-postulant** \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_ **Date** \_\_\_\_\_