Bonjour,

Payer vos soins de santé peut s'avérer onéreux. Nous voulons nous assurer que vous obtenez toute l'aide nécessaire. Dans le présent courrier, vous trouverez une demande d'assistance financière. Vous pouvez demander une assistance financière même si vous avez une assurance. Elle peut vous aider à financer des coûts tels que la quote-part, les franchises ou la coassurance.

Votre éligibilité est basée sur votre revenu annuel, qui est déterminé par le revenu brut (revenu total avant toute déduction) qu'a reçu votre foyer au cours des 3 derniers mois.

Veuillez remplir et renvoyer la demande avec tous les documents justificatifs demandés.

Voici quelques exemples de preuve de revenu :

- La dernière déclaration d'impôt fédéral, si vous étiez tenu(e) de la remplir.
- Les fiches de paie des 13 semaines consécutives les plus récentes. En fonction de vos revenus, cela peut être :
    - 13 fiches de paie si vous êtes payé(e) toutes les semaines
    - 7 fiches de paie si vous êtes payé(e) toutes les 2 semaines
- Si vous êtes travailleur/-se indépendant(e), le compte de résultat détaillé des 3 derniers mois
- Lettre de prestations de sécurité sociale/de pension de l'année en cours, etc.
- Lettre d'assistance générale actuelle
- Déclaration de chômage ou d'indemnités pour les 3 derniers mois
- Autre preuve de revenu que vous avez reçu au cours des 3 derniers mois comme une pension alimentaire pour enfants, une pension alimentaire pour conjoint, des bourses, des gains de loterie ou des primes
- Pas de revenus ? Fournissez une déclaration expliquant votre situation actuelle et la manière dont vous subvenez à vos besoins. Cette déclaration doit être signée par la personne qui apporte l'aide.

Si tous les documents sont joints à votre demande, vous pouvez attendre une réponse de notre part dans un délai de 45 jours. **L'approbation n'est pas une garantie d'assistance financière, certaines exclusions s'appliquent.**

Les plans de paiement nécessitent une carte de crédit ou des informations bancaires pour le traitement mensuel du plan de paiement.

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

Merci,

Services financiers aux patients de MaineHealth

Soins médicaux gratuits pour ceux qui ne peuvent pas payer — 2026

La loi du Maine exige que des soins médicaux gratuits soient fournis aux résidents du Maine dont le revenu est inférieur ou égal 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 éligibles au programme de soins gratuits.

Taille de la famille	200 %
1	31 920,00 $
2	43 280,00 $
3	54 640,00 $
4	66 000,00 $
5	77 360,00 $
6	88 720,00 $
7	100 080,00 $
8	111 440,00 $
Chaque personne supplémentaire	11 360,00 $

Pour demander une aide financière, veuillez nous contacter : en composant le numéro gratuit du bureau des services financiers aux patients : 866-804-2499, du lundi au vendredi, aux heures normales de bureau, de 8 h à 16 h 30.

Scannez le code QR pour faire votre demande ou en savoir plus

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 éligible à des soins médicaux gratuits, vous pouvez demander une audience équitable. Nous vous indiquerons comment introduire une demande d'audience équitable.

Exclusions de soins gratuits/Services limités

- La chirurgie esthétique, une intervention réalisée dans le seul but d'améliorer l'aspect du patient (à l'exclusion de la chirurgie reconstructrice), n'est pas couverte par Free Care.
- La chirurgie bariatrique est couverte par Free Care si le médecin fournit une déclaration écrite de nécessité médicale.
- La chirurgie dentaire, une intervention réalisée dans le seul but de retirer les dents infectées ou incluses, est couverte par Free Care uniquement si le médecin fournit une déclaration écrite de nécessité médicale.
- Les interventions liées à la stérilité ne sont pas couvertes par Free Care.
- Les interventions liées à la stérilisation sont couvertes par Free Care uniquement si le médecin fournit une déclaration écrite de nécessité médicale.
- Pharmacie de détail

Politique d'assistance financière
La politique d'assistance financière de MaineHealth est disponible sur notre site Web à l'adresse MaineHealth.org sous Assistance financière. Des copies sont également disponibles aux endroits suivants :

- *MaineHealth Behavioral Health at Spring Harbor, 123 Andover Road, Westbrook, ME 04092*
- *MaineHealth Franklin Hospital, 111 Franklin Health Commons, Farmington, ME 04938*
- *MaineHealth Lincoln Hospital, 35 Miles Street, Damariscotta, ME 04543*
- *MaineHealth Lincoln Hospital, 6 St. Andrews Lane, Boothbay Harbor, ME 04538*
- *MaineHealth Maine Medical Center Biddeford, 1 Medical Center Drive, Biddeford, ME 04005*
- *MaineHealth Maine Medical Center Portland, 22 Bramhall Street, Portland, ME 04102*
- *MaineHealth Maine Medical Center Sanford, 25 June Street, Sanford, ME 04073*
- *MaineHealth Memorial Hospital, 3073 White Mountain Highway, North Conway, NH 03860*
- *MaineHealth Mid Coast Hospital, 123 Medical Center Drive, Brunswick, ME 04011*
- *MaineHealth Pen Bay Hospital, 6 Glen Cove Drive, Rockport, ME 04856*
- *MaineHealth Stephens Hospital, 181 Main Street, Norway, ME 04268*
- *MaineHealth Waldo Hospital, 118 Northport Avenue, Belfast, ME 04915*

La politique d'assistance financière de MaineHealth est disponible en anglais, en arabe, en chinois (simplifié), en français, en portugais, en somali, en espagnol et en vietnamien.

Conseil financier de MaineHealth

Demande d'aide financière ou de plan de paiement échelonné

Je fais une demande de : Assistance financière ☐ Plan de paiement échelonné ☐ Les deux ☐

Informations sur le postulant

Prénom	Nom de famille	Date de naissance
Adresse	Ville/État/Code postal	Téléphone
État marital (facultatif)	Employeur (liste complète pour les 3 derniers mois)	Date de début et salaire

Renseignements sur le conjoint/co-postulant (mariés ou en union libre)

Prénom	Nom de famille	Date de naissance
Téléphone	Employeur	Date de début et salaire

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

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

Revenus du foyer

Le/La demandeur/-se et son foyer doivent ***fournir la déclaration de revenus nationale complète de l'année précédente ou une déclaration d'absence de revenu.***

Si le foyer reçoit :	Montant mensuel :	Le/La demandeur/-se doit fournir :
Revenus/Salaires de l'employeur ou des employeurs	$	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 ET la déclaration de revenus fédérale complète de l'année précédente.
Indépendant(e)/ Revenus de location	$	L'état des profits et pertes de 3 derniers mois ou de 12 derniers mois ET 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	$	Le relevé des demandes hebdomadaires indiquant le revenu brut de 13 dernières semaines ou de 12 derniers mois OU les détails de paie de l'employeur démontrant le paiement d'invalidité.
Sécurité sociale ou pension d'invalidité	$	Lettre de prestations pour l'année en cours. Pour faire la demande d'une copie de votre lettre de prestations, appelez le 1-800-772-1213 ou consultez www.ssa.gov. **Le formulaire 1099 n'est pas acceptable**

Prestations ou pension de retraite	$	Lettre de prestations ou relevé (401K, IRA, etc.) indiquant le montant brut versé.
Assistance générale	$	Lettre de prestations d'assistance générale pour le mois en cours.
Aucun revenu pour les 3 derniers mois	$	Déclaration écrite expliquant l'aide que vous recevez. Cette déclaration doit être signée par la personne qui apporte l'aide.
Pension alimentaire pour ex-conjoint/pension alimentaire pour enfants	$	La copie de la décision du tribunal OU les chèques/reçus encaissés sur 13 semaines.
Dividendes/Intérêts	$	Relevés trimestriels des dividendes
Autre	$	Gains de loterie, rémunération non salariée, liquidités de petits boulots, etc. pour les 13 dernières semaines.

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 MaineHealth pour vérifier leur éligibilité à MaineCare/NH Medicaid ou à d'autres programmes d'État et fédéraux. Vous pouvez nous contacter directement pour obtenir de plus amples informations au **1-833-644-3571**.
- Les résidents du **Maine** peuvent également faire une demande auprès de MaineCare en appelant le **1-800-442-6003** ou en consultant **maine.gov/benefits/accounts/login.html**
- Les résidents du **New Hampshire** peuvent faire une demande auprès de NH Medicaid en appelant le **1-603-447-3841** ou en consultant **nheasy.nh.gov**

*** LES DÉPENSES NE SONT PAS NÉCESSAIRES SI VOUS FAITES UNIQUEMENT UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE.**

Plan de paiement échelonné uniquement **Paiement mensuel demandé : $**_____

Pour justifier un plan de paiement échelonné, veuillez inclure les informations suivantes relatives aux dépenses du foyer. Veuillez inclure la preuve des factures de services publics et de la garde des enfants. Une copie d'un mois de factures de services publics et de garde d'enfants ou un reçu de l'entreprise.

Veuillez énumérer toutes les dépenses mensuelles afférentes au foyer du/de la demandeur/-se :

Dépense	Paiement mensuel	Dépense	Paiement mensuel	Dépense	Paiement mensuel
Logement, y compris les taxes foncières et l'assurance des propriétaires/locataires. (hypothèque/location)	$	Gaz/Pétrole (chauffage)	$	Cartes de crédit	$
		Prêts étudiants	$	Factures médicales	$
Services publics :		Garde d'enfants	$	**Dépenses supplémentaires :**	
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 :

Courrier à :	Fax à :	Faire une demande et téléchargez les documents sur MyChart :
MaineHealth – PFS À l'attention de : Conseils financiers 25 June Street Sanford, ME 04073, États-Unis	207-661-8043 **Site Web :** mainehealth.org	mychart.mainehealth.org

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 soumets concernant mon revenu annuel et la taille de ma famille sont sujettes à vérification par MaineHealth. e comprends également que si l'une des informations que je soumets s'avère fausse, cela entraînera un refus de fournir des services au titre de l'assistance financière, et que je serai responsable des frais pour les services fournis.

Signature du/de la demandeur/-se : _____ Date : _____

Signature du/de la co-demandeur/-se : _____ Date : _____

Pour toute question concernant cette demande, veuillez contacter gratuitement notre service clients au (866) 804-2499.