

# Demande d'aide financière



## SSMHealth

**Cher patient, chère patiente**

**IMPORTANT - VOUS POUVEZ PEUT-ÊTRE BÉNÉFICIER DE SOINS GRATUITS OU À TARIF RÉDUIT :** Remplir cette demande aidera SSM Health à déterminer si vous pouvez recevoir des services gratuitement ou à tarif réduit ou bénéficier d'autres programmes publics qui vous aideront à payer vos soins de santé. Veuillez soumettre cette demande à l'hôpital.

**SI VOUS N'AVEZ PAS D'ASSURANCE, UN NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE N'EST PAS NÉCESSAIRE POUR ÊTRE ADMISSIBLE À UNE PRISE EN CHARGE GRATUITE OU À TARIF RÉDUIT.** Toutefois, un numéro de sécurité sociale est nécessaire pour certains programmes publics, notamment Medicaid. Il n'est pas obligatoire de fournir un numéro de sécurité sociale, mais cela aidera l'hôpital à déterminer si vous êtes admissible à un programme public quelconque.

Veuillez remplir ce formulaire et le soumettre à l'hôpital en personne, par courrier, par e-mail ou par télécopie pour demander une prise en charge gratuite ou à tarif réduit sous 60 jours après votre date de sortie ou la prestation de soins ambulatoires.

Le patient reconnaît s'être efforcé de fournir l'ensemble des informations demandées en toute bonne foi dans la demande pour aider l'hôpital à déterminer si le patient est admissible à l'aide financière.

### LISTE DE CONTRÔLE :

- Remplir et signer la demande
- Dernière déclaration fiscale fédérale (ou avis de non-déclaration)
- Relevés de comptes détaillés des trois derniers mois (comptes courants et comptes d'épargne)
- Justificatifs des revenus bruts des deux derniers mois (pour tous les membres du foyer)

**Remarque :** SSM Health ne pourra pas déterminer l'admissibilité en l'absence des justificatifs requis. Assurez-vous d'avoir rassemblé tous les documents demandés. L'omission d'envoyer l'ensemble des documents demandés entraînera un délai dans le traitement de votre demande.

Veuillez envoyer des copies de vos justificatifs sans modifications et sans agrafes. SSM n'est pas en mesure de renvoyer les documents originaux examinés aux fins de l'aide financière.

Les patients jugés admissibles à une aide caritative présomptive doivent eux aussi compléter cette demande.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir votre demande ou si vous avez des questions, veuillez contacter le service clientèle de SSM Health au **(855) 989-6789**.



**Par courrier**

**SSM Health** : Service commercial aux patients  
Attn : Financial Assistance  
PO Box 28205  
St. Louis, MO 63132



**Par télécopie**

(314) 989-6734



**Par e-mail**

financialaid@ssmhc.com

**Illinois**  
 Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)  
 St. Mary's Hospital (Centralia)

**Missouri**  
 St. Francis Hospital and Health Services  
 SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain  
 SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City  
 SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center  
 SSM DePaul Health Center

**Missouri**  
 SSM St. Clare Health Center  
 SSM St. Joseph Health Center  
 SSM St. Joseph Health Center - Wentzville  
 SSM St. Joseph Hospital West  
 SSM St. Mary's Health Center

**Oklahoma**  
 Bone & Joint St. Anthony Hospital  
 St. Anthony Hospital  
 St. Anthony Shawnee Hospital

**Wisconsin**  
 St. Clare Hospital  
 St. Mary's Hospital (Madison)  
 St. Mary's Janesville Hospital

ID du garant : \_\_\_\_\_  
 (à usage administratif exclusivement)

Pour éviter tout délai dans le traitement de votre demande, veuillez remplir tous les champs applicables.

INFORMATIONS CONCERNANT LE PATIENT					
Nom du patient :		Date de naissance	Numéro de téléphone		Compte patient n°
Adresse actuelle :		Appt n°	Ville/État/Code postal		<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire Vit chez ses parents/autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si "Oui", la déclaration de soutien sera envoyée par courrier au patient et devra être complétée
Numéro de sécurité sociale :		Statut matrimonial	Taille de la famille : (remplissez la section Foyer ci-dessous)	Assuré : <input type="checkbox"/> Oui <input checked="" type="checkbox"/> Non	Avez-vous déposé une demande Medicaid : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Veuillez inclure la lettre de détermination
Employé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Employeur :		Nombre d'années d'ancienneté ?	Si vous êtes sans emploi, nom du dernier employeur et dates d'emploi :	

INFORMATIONS CONCERNANT LA PARTIE RESPONSABLE (SI DIFFÉRENTE DU PATIENT)					
Nom du garant :		Date de naissance	Numéro de téléphone		Compte patient n°
Adresse actuelle :		Appt n°	Ville/État/Code postal		<input type="checkbox"/> Locataire <input type="checkbox"/> Propriétaire Vit chez ses parents/autres <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si "Oui", la déclaration de soutien sera envoyée par courrier au patient et devra être complétée
Numéro de sécurité sociale :		Statut matrimonial	Effectif de la famille (remplissez la section Famille ci-dessous) :	Assuré : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous déposé une demande Medicaid : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Veuillez inclure la lettre de détermination
Employé : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Employeur :		Nombre d'années d'ancienneté ?	Si vous êtes sans emploi, nom du dernier employeur et dates d'emploi :	

INFORMATIONS CONCERNANT LE FOYER								
Veuillez joindre une feuille séparée pour les autres membres du foyer, en incluant l'ensemble des documents requis.								
Nom	Prénom	Relation	Date de naissance	Employé ? (fournissez les justificatifs)	Étudiant à temps plein ? (fournissez les justificatifs)	Revenu mensuel (fournissez les justificatifs)	Personne à charge ? (fournissez les justificatifs)	Statut juridique
		<b>MOI</b>		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Employeur :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Citoyen américain <input type="checkbox"/> Résident légal <input type="checkbox"/> Sans-papiers
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Employeur :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Citoyen américain <input type="checkbox"/> Résident légal <input type="checkbox"/> Sans-papiers
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Employeur :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Citoyen américain <input type="checkbox"/> Résident légal <input type="checkbox"/> Sans-papiers
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Employeur :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Citoyen américain <input type="checkbox"/> Résident légal <input type="checkbox"/> Sans-papiers
				<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Oui		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Citoyen américain

- Illinois**
- Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)
  - St. Mary's Hospital (Centralia)

- Missouri**
- St. Francis Hospital and Health Services
  - SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
  - SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
  - SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
  - SSM DePaul Health Center

- Missouri**
- SSM St. Clare Health Center
  - SSM St. Joseph Health Center
  - SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
  - SSM St. Joseph Hospital West
  - SSM St. Mary's Health Center

- Oklahoma**
- Bone & Joint St. Anthony Hospital
  - St. Anthony Hospital
  - St. Anthony Shawnee Hospital

- Wisconsin**
- St. Clare Hospital
  - St. Mary's Hospital (Madison)
  - St. Mary's Janesville Hospital

ID du garant : \_\_\_\_\_  
(à usage administratif exclusivement)

				<input type="checkbox"/> Non Employeur :	<input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			<input type="checkbox"/> Résident légal <input type="checkbox"/> Sans-papiers
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Employeur :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Citoyen américain <input type="checkbox"/> Résident légal <input type="checkbox"/> Sans-papiers
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Employeur :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Visa d'étudiant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Citoyen américain <input type="checkbox"/> Résident légal <input type="checkbox"/> Sans-papiers

**Veillez fournir un justificatif du revenu brut pour les éléments suivants** (y compris, sans s'y limiter) : salaires, sécurité sociale (lettre d'attribution), retraite(s), indemnisation chômage/indemnisation d'accident du travail, pension alimentaire, aide gouvernementale, indemnité d'invalidité, prestations de grève, bourses/subventions, dividendes/intérêts, revenus locatifs, argent pour services rendus, etc. Les étudiants internationaux devront soumettre leur visa d'étudiant et leur calendrier scolaire actuels. **Les relevés de compte ne constituent pas des justificatifs de revenus**

**Remarque :** Selon les circonstances de votre demande, nous pourrions vous demander d'autres documents (tels que, sans s'y limiter : factures du foyer, factures médicales, déclaration de revenus/déclaration de soutien, rapports de solvabilité, et autres justificatifs attestant de la nécessité financière).

### ACTIFS DU FOYER

Nom du membre de la famille	Compte courant Nom de la banque	Numéro de compte et solde	Compte d'épargne Nom de la banque	Numéro de compte et solde	Autre (IRA, CD, etc.)	Solde
Nom du membre de la famille	Compte épargne santé/compte de dépenses flexible (valeur)	Véhicule (année/marque/modèle)	Véhicule Valeur	Immobilier (résidence principale, location, etc.)	Immobilier Valeur	Autre/valeur

Joignez une feuille séparée pour les informations supplémentaires concernant les actifs, en incluant l'ensemble des documents demandés.

### PASSIFS DU FOYER

Dépenses	Mensuelle	Solde dû
Hébergement		
Services		
Alimentation		
Transport		
Garde des enfants		
Prêts		

**Illinois**  
 Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)  
 St. Mary's Hospital (Centralia)

**Missouri**  
 St. Francis Hospital and Health Services  
 SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain  
 SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City  
 SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center  
 SSM DePaul Health Center

**Missouri**  
 SSM St. Clare Health Center  
 SSM St. Joseph Health Center  
 SSM St. Joseph Health Center – Wentzville  
 SSM St. Joseph Hospital West  
 SSM St. Mary's Health Center

**Oklahoma**  
 Bone & Joint St. Anthony Hospital  
 St. Anthony Hospital  
 St. Anthony Shawnee Hospital

**Wisconsin**  
 St. Clare Hospital  
 St. Mary's Hospital (Madison)  
 St. Mary's Janesville Hospital

ID du garant : \_\_\_\_\_  
 (à usage administratif exclusivement)

Dépenses médicales		
Autres dépenses (Liste)		
Autre :		

Joignez une feuille séparée pour les informations supplémentaires concernant les passifs. **\*\*Pour les patients pris en charge dans les hôpitaux de l'Illinois uniquement : Si le patient satisfait aux critères d'admissibilité présumptive décrits dans 77 ILAC 4500.40 ou s'il est autrement admissible présumptivement en vertu du revenu de la famille, le patient n'a pas l'obligation de remplir cette section de la demande\*\***

**ACCORD DU PATIENT**

Je certifie que les informations figurant dans cette demande sont véridiques et correctes à ma connaissance. Je déposerai une demande pour toute aide étatique, fédérale ou locale à laquelle je suis susceptible d'être admissible afin de m'aider à payer cette facture d'hôpital. Je comprends que les informations fournies pourront être vérifiées par l'hôpital, et j'autorise l'hôpital à contacter des tiers pour vérifier l'exactitude des informations fournies dans cette demande. Je comprends que si je fournis sciemment des informations inexacts dans cette demande, je serai inéligible à l'aide financière, et toute aide financière qui m'aura été octroyée risquerait d'être annulée, et je serai responsable du paiement de la facture d'hôpital.

\_\_\_\_\_  
 Signature du patient

\_\_\_\_\_  
 Date

\_\_\_\_\_  
 Signature de la partie responsable ou du conjoint

\_\_\_\_\_  
 Date

**Synthèse de l'aide financière**

SSM Health s'engage à fournir une aide financière aux personnes qui sont dépourvues d'assurance, insuffisamment assurés, inéligibles à un programme gouvernemental, ou autrement incapables de payer des soins nécessaires sur le plan médical. SSM Health assurera la prise en charge des urgences médicales pour les personnes, indépendamment de leur capacité à payer.

L'aide financière est disponible sur une échelle dégressive. La nécessité financière de chaque demandeur est basée sur les niveaux fédéraux de pauvreté, qui prennent en compte les revenus et le nombre de membres de la famille. La nécessité financière ne tient pas compte de l'âge, du sexe, de la race, du statut social ou d'immigrant, de l'orientation sexuelle ou de l'affiliation religieuse. SSM Health limite la somme facturée pour la prise en charge d'urgence et nécessaire sur le plan médical fournie aux patients qui sont éligibles à l'aide financière en vertu de cette politique de manière à ce qu'elle ne dépasse pas les charges brutes pour la prise en charge multipliées par le pourcentage AGB.

**Pour demander une aide financière**, vous devez remplir une demande d'aide financière. Appelez le **(855) 989-6789** ou visitez **ssmhealth.com/financialaid** pour recevoir une demande gratuitement. Les justificatifs suivants doivent être joints à votre demande :

- relevés de comptes courants et de comptes d'épargne (trois derniers mois)
- justificatifs des revenus (deux derniers mois)
- déclaration fiscale fédérale ou avis de non-déclaration de l'année dernière

Les patients qui ne sont pas assurés bénéficient automatiquement d'une réduction sur leur facture. Celle-ci sera indiquée sur votre relevé de facturation. Cela ne vous disqualifie pas pour l'aide financière. Pour les patients qui ne sont pas assurés, l'aide financière est appliquée après la réduction.

Les patients qui sont insuffisamment assurés peuvent également être admissibles à une aide.

Nos conseillers financiers peuvent vous aider à déterminer votre admissibilité vis-à-vis de l'aide financière. Le cas échéant, ils peuvent vous aider à déposer une demande Medicaid ou à mettre en place un plan de traitement.

Il est attendu des patients qu'ils coopèrent avec le processus de demande d'aide financière de SSM Health. L'admissibilité à l'aide financière peut être limitée aux résidents des zones de services primaires desservies par les établissements de soins de SSM Health. Dans les cas où un patient semble admissible à l'aide financière, mais qu'il ne peut fournir aucun justificatif, SSM Health pourra faire appel à des organismes extérieurs afin de déterminer l'admissibilité du patient.

Des traductions sont disponibles pour la politique d'aide financière, la politique de facturation et d'encaissement, le résumé en langage clair, et la demande d'aide financière dans les langues suivantes sur **ssmhealth.com/financialaid** : espagnol, allemand, chinois, vietnamien, français, serbo-croate, coréen, russe, tagalog, arabe, hmong, lao

**Une copie de notre politique de facturation et d'encaissement, qui décrit les mesures que SSM Health sera susceptible de prendre en cas de non-paiement, est disponible gratuitement sur demande.**

SSM Health pourra à tout moment modifier les critères déterminant l'admissibilité à l'aide financière.

Envoyez la demande accompagnée de tous les justificatifs demandés par courrier, e-mail, télécopie ou en personne. Soyez assurés que SSM Health a conscience de la sensibilité de vos informations personnelles et s'efforce de protéger votre confidentialité.



**Par courrier**  
**SSM Health** : Patient Business Services  
 Attn : Financial Assistance  
 PO Box 28205  
 St. Louis, MO 63132



**Par télécopie**  
 (314) 989-6734



**Par e-mail**  
 financialaid@ssmhc.com



## DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

### Illinois

- Good Samaritan Regional Health Center (Mt. Vernon)
- St. Mary's Hospital (Centralia)

### Missouri

- St. Francis Hospital and Health Services
- SSM Health St. Mary's Hospital - Audrain
- SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City
- SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center
- SSM DePaul Health Center

### Missouri

- SSM St. Clare Health Center
- SSM St. Joseph Health Center
- SSM St. Joseph Health Center – Wentzville
- SSM St. Joseph Hospital West
- SSM St. Mary's Health Center

### Oklahoma

- Bone & Joint St. Anthony Hospital
- St. Anthony Hospital
- St. Anthony Shawnee Hospital

### Wisconsin

- St. Clare Hospital
- St. Mary's Hospital (Madison)
- St. Mary's Janesville Hospital

ID du garant : \_\_\_\_\_  
(à usage administratif exclusivement)

## En personne

Veillez consulter le conseiller financier de l'établissement dans lequel vous avez été pris en charge. Les adresses sont indiquées ci-dessous.

### Wisconsin

**St. Clare Hospital**  
707 14<sup>th</sup> St.  
Baraboo, WI 53913

**St. Mary's Hospital**  
700 S. Park St.  
Madison, WI 53715

**St. Mary's Janesville Hospital**  
3400 E. Racine St.  
Janesville, WI 53546

### Illinois

**St. Mary's Hospital - Centralia**  
400 N. Pleasant Ave  
Centralia, IL 62801

**Good Samaritan Regional Medical Center - Mount Vernon**  
1 Good Samaritan Way  
Mount Vernon, IL 62864

### Missouri

**SSM Cardinal Glennon Children's Medical Center**  
145 S. Grand Blvd.  
St. Louis, MO 63104

**SSM DePaul Health Center**  
12303 DePaul Dr.  
St. Louis, MO 63044

**SSM St. Joseph Health Center**  
300 First Capitol Drive  
St. Charles, MO 63301

**SSM St. Joseph Health Center — Wentzville**  
500 Medical Drive  
Wentzville, MO 63385

**SSM St. Joseph Hospital West**  
100 Medical Plaza  
Lake Saint Louis, MO 63367

### Missouri

**SSM St. Mary's Health Center**  
6420 Clayton Rd.  
Richmond Heights, MO 63117

**SSM St. Clare Health Center**  
1015 Bowles Ave.  
Fenton, MO 63026

**SSM Health St. Mary's Hospital - Jefferson City**  
2505 Mission Dr.  
Jefferson City, MO 65109

**SSM Health St. Mary's Hospital — Audrain**  
620 E. Monroe  
Mexico, MO 65265

**St. Francis Hospital and Health Services**  
2016 South Main Street  
Maryville, MO 64468

### Oklahoma

**Bone & Joint St. Anthony Hospital**  
1111 N. Dewey Ave.  
Oklahoma City, OK 73103

**St. Anthony Hospital**  
1000 N. Lee  
Oklahoma City, OK 73102

**St. Anthony Shawnee Hospital**  
1102 W. Macarthur St.  
Shawnee, OK 74804